
IKÄÄNTYNEEN VAJAARAVITSEMUS

Tunnistaminen ja hoito



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, kevät 2014

Riikka Leppäkorpi

Mira Viljanen



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja/Terveystenhoitaja

Tekijät	Riikka Leppäkorpi ja Mira Viljanen	Vuosi 2014
Työn nimi	Ikääntyneen vajaaravitsemus – tunnistaminen ja hoito	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli vahvistaa henkilökunnan tietoa ja osaamista ikääntyneen vajaaravitsemuksen tunnistamisessa ja hoidossa. Taavoitteena oli myös korostaa ikääntyneen ravitsemushoidon tärkeyttä osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Osatavoitteena oli MNA-testin käytön opettaminen ja sen ottaminen työvälineeksi käytännön työhön.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin ikääntymisen vaikutuksia ravitsemustilaan, ravitsemustilan arviointia MNA-testin avulla ja ravitsemushoidon merkitystä ikääntyneen hyvinvoinnille. Teoriassa tuotiin esille myös keinoja, joiden avulla hoitohenkilökunta voi seurata ravitsemustilaa, vaikuttaa ikääntyneen ravitsemustilaan ja sitä kautta ikääntyneen toimintakykyyn ja elämänlaatuun.

Opinnäytetyö oli luonteeltaan toiminnallinen. Teoriasta koostettiin PowerPoint-esitys, jonka pohjalta pidettiin osastotunti tehostetun palveluasumisyksikön hoitohenkilökunnalle. Osastotunnin yhteydessä annettiin MNA-testin käytön opetusta. Osastotunnin lopuksi kerättiin palaute valmiiksi laaditulle palautelomakkeelle.

Saadusta palautteesta voitiin päätellä, että suurin osa hoitohenkilökunta koki tietonsa ravitsemushoidosta puutteelliseksi. Aihe koettiin tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Ravitsemuskoulutuksen järjestäminen työelämässä oleville voi auttaa riittävän ravitsemushoidon toteuttamisessa ja lisätä hoidon vaikuttavuutta.

Avainsanat ikääntyneen ravitsemus, vajaaravitsemus, MNA-testi, ravitsemus

Sivut 26 s. + liitteet 11 s.

HÄMEENLINNA

Degree Programme in Nursing

Nursing/ Public health nursing

Authors

Riikka Leppäkorpi ja Mira Viljanen

Year 2014

Subject of Bachelor's thesis

Malnutrition in the Elderly–Recognition and
Treat ment

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to strengthen the knowledge and competence of the nursing staff in recognizing and treating malnutrition amongst elderly people. The aim was also to emphasize the importance of nutrition care in comprehensive nursing. Partial objective was also to teach the nursing staff to use MNA-test and bring it into use as a tool in nursing practice.

The theoretical basis of the thesis consisted of the effects aging has into the nutrition of elderly people. It includes the assessment of the nutritional status using the MNA-test and the meaning of nutrition care to the well-being of elderly people. The theory also brings out measures for the nursing staff on how to follow up and influence the nutrition status and that way improve the ability to function and the quality of life.

The thesis was practice based. Powerpoint–presentation was formed from the theoretical framework. Nutritional education was held in a nursing home for the nursing staff. Education was also given to use the MNA-test. Finally, feedback was collected from the content of the education.

Based on the collected feedback it seems that most of the nursing staff found their knowledge of nutritional issues insufficient. The theme was seen important and necessary. Nutrition education for the nursing staff might help to carry out adequate nutrition care and add the effectiveness of the care.

Keywords Nutrition of the elderly, malnutrition, MNA-test,

Pages 26 p. + appendices 11 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS.....	2
2.1	Ravitsemustilaan vaikuttavat fyysiset muutokset	2
2.2	Psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden merkitys	3
3	IKÄÄNTYNEEN VAJAARAVITSEMUS.....	4
3.1	Ravitsemustilan arviointi.....	4
3.2	Vajaaravitsemuksen vaikutukset ikääntyneiden hyvinvointiin	6
3.3	Vajaaravitsemuksen hoito	7
3.4	Sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja ravitsemushoidon ja seurannan tukena	9
4	IKÄÄNTYNEIDEN ERITYISRYHMIEN RAVITSEMUS.....	10
4.1	Muistisaira ravitsemus.....	10
4.2	Painehaavapotilaan ravitsemus	11
4.3	Syöpäpotilaan ravitsemus.....	11
4.4	Saattohoitopotilaan ravitsemus	12
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	12
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	13
6.1	Suunnittelu	13
6.2	Osastotunnin toteutus	15
6.3	Toiminnan arviointi.....	16
6.3.1	Itsearviointi.....	17
6.3.2	Osallistujien antama palaute.....	17
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	18
7.1	Opinnäytetyön eettisyys	20
7.2	Oma ammatillinen kasvu.....	22
7.3	Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset	22
	LÄHTEET	23

Liite 1	Ikääntyneen energiantarpeen arviointi
Liite 2	Mini Nutritional Assessment
Liite 3	Diaesitys
Liite 4	Ruokailun seuranta
Liite 5	Ruoka- ja juomakirjanpito
Liite 6	Palautelomake

1 JOHDANTO

Vuonna 2007 julkaistun Merja Suomisen tekemän tutkimuksen mukaan vain 0–16 % tutkituista hoitolaitoksissa asuvista iäkkäistä oli hyvä ravitsemus. 11–57 % iäkkäistä kärsi vajaaravitsemuksesta ja 40–89 % oli vajaaravitsemusriskissä. Tutkimuksessa ravitsemustilan arviointiin käytettiin Mini Nutritional Assessment (MNA) -testiä. Saman tutkimuksen mukaan huomattiin, että hoitajat tunnistavat vajaaravitsemuksen huonosti, vain ¼ todetuista tapauksista. Ikääntyneen vajaaravitsemukseen voidaan vaikuttaa. Lisäämällä hoitohenkilökunnan ymmärrystä ravitsemushoidon merkityksestä ja kehittämällä hoitokäytäntöjä voidaan parantaa ikääntyneen elämänlaatua. (Suominen, 2007b.10; Soini, Heinonen & Pitkälä, 2012.)

Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 17 %:sta 27 %:en vuoteen 2040 mennessä. Eläkeikäisten eli 65-vuotta täyttäneiden ja tätä vanhempien määrä lähes kaksinkertaistuu vuoteen 2060 mennessä. Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan jopa nelinkertaistuvan. (Tilastokeskus, 2009.)

Väestön rakenne muuttuu ja ikääntyneiden määrä nousee paljon suhteessa työikäisiin. Tämä on haaste, johon pitää pyrkiä vaikuttamaan parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Valtioneuvoston vahvistaman Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelmaan (Kaste) kuuluu ikäihmisten palveluiden rakenteen ja sisällön uudistaminen. Ohjelmassa todetaan, että ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluja tulee lisätä ja erityistä huomiota tulisi kiinnittää muun muassa ikääntyneen ravitsemustilaan. Ohjelman toimenpiteisiin kuuluu ikääntyneiden ravitsemus- ja liikuntasuositusten käytön tehostaminen ja ravitsemustilan säännöllinen arviointi. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012.)

On tärkeää miettiä keinoja, miten tuetaan ikääntyneiden omatoimisuutta ja toimintakyvyn säilymistä. Ikääntyneen toimintakyvyn säilymiseen voidaan vaikuttaa varsinkin oikean ravitsemuksen kautta. Mielestämme sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan koulutuksessa ei kiinnitetä riittävästi huomiota ravitsemuksen merkitykseen terveyden ja toimintakyvyn säilymisessä ja edistämässä. Työelämässä olemme havainneet hoitohenkilökunnan ravitsemushoidon osaamisessa sekä ravitsemustilan arvioinnissa ja seurannassa puutteita. Nämä havainnot ovat motivoineet meitä tämän työn tekemiseen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ikääntyneen ravitsemuksesta. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tietää, mitä ravitsemustilaan vaikuttavia fysiologisia muutoksia ikääntyminen saa aikaan ja miten hyvä ravitsemustila vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn. Lisäksi haluamme itse syventää tietoaamme ikääntyneiden ravitsemushoidosta. Ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoito tulisi mielestämme olla osa ikääntyneen kokonaisvaltaista hoitoa. Usein ravitsemushoito irrotetaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja sen toteuttaminen koetaan haastavaksi. Tämän opinnäytetyön osatavoitteena on ohjeistaa MNA-testin käyttöön-otossa ja antaa toimintaohjeita, jos vajaaravitsemus tai sen riski on todettu.

2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

Ikääntyminen tuo mukanaan erilaisia fyysisiä muutoksia, jotka vaikuttavat ravitsemustilaan ja terveyteen. Ikääntyneiden terveydentilassa ja ravitsemustilassa sekä ravitsemustavoissa ja tottumuksissa on suuria yksilöllisiä eroja ikään katsomatta. On tärkeää, että hoitohenkilökunta tiedostaa asioita, joita elimistössä tapahtuu ikääntymisen seurauksena. Tällä tavoin voidaan ennaltaehkäistä ravitsemustilan huononemista tai jopa parantaa ravitsemustilaa. Lisäksi ravitsemushoidolla voidaan merkittävästi parantaa ikääntyneen elämänlaatua, toimintakykyä ja kuntoutumista. (Soini 2009, 196.)

2.1 Ravitsemustilaan vaikuttavat fyysiset muutokset

Ikääntyessä kehon koostumus muuttuu altistaen ravitsemushäiriöille ja toiminnallisille muutoksille. Ikääntyneen energiantarve vähenee, koska perusaineenvaihdunta pienenee ja liikkuminen vähenee. Ikääntyneen energiantarvetta voidaan arvioida toiminnallisuuden mukaan (liite 1). Ravinnonsaanti on vähäisempää ja näin ollen ruokavalion laadun merkitys on suurempi. Ikääntyessä lihasvoima heikkenee lihasmassan pienenemisestä johtuen. Osteoporoosin taustalla on luukudoksen mineraalipitoisuuden väheneminen. Ikääntyneellä ylipainon on todettu suojaavan vajaaravitsemukselta, lihaskadolta ja osteoporoosilta. Laihduttamisen on todettu olevan haitallista, koska tällöin ikääntynyt menettää lihasmassaa. Sairauksiin liittyvä laihtuminen on ikääntyneellä tavallista ja aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemistä. Tästä johtuen lihaskunto heikkenee, tulehdusriski kasvaa ja toipuminen hidastuu. (Räihä 2012, 281–282; Jyväkorpi 2013, 46–47; Suominen 2006, 188; Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010, 143; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 18.)

Suun ja hampaiden kunto heikkenee, syljen erityys vähenee ja siten suun limakalvot altistuvat kuivuudelle, erilaisille tulehduksille, sieninfektioille ja haavaumille sekä hampaiden reikiintymiselle. Huonosti istuvat proteesit vaikeuttavat ruuan pureskelemista ja altistavat limakalvoja haavaumille. Ikääntynyt kärsii usein kuivasta suusta, jonka taustalla voi olla lääkkeitä tai sairaudet. Suun kuivuus muuttaa myös ruoan makua. Syljen erityksen väheneminen aiheuttaa kielen kirvelyä ja tarttumista kitalakeen sekä suupielten tulehduserkkyyden lisääntymistä. Nämä tekijät vaikeuttavat ruoan nielemistä. (Suominen 2008, 472; Kan & Pohjola 2012, 95.)

Suomisen (2008, 470) mielestä ikääntyminen vaikuttaa sekä maku- että hajuaistiin. Muutokset ovat kuitenkin yksilöllisiä. Kaikkein selvin ero nuorempiin on kyky maistaa makeaa. Sen ikääntynyt maistaa jopa paremmin kuin nuori. Räihä (2012, 282) puolestaan on sitä mieltä, että ikääntyminen ei merkittävässä määrin vaikuta maku- tai hajuaistiin. Maku- ja hajuaistin muutokset ovat useimmiten yhteydessä huonoon ravitsemustilaan, lääkkeisiin, suuhygieniaan ja keskushermoston sairauksiin.

Janon tunne heikkenee ikääntyessä. Riittävää nesteensaantia vaikeuttavat myös nielemisvaikeudet, häiriöt säätelyjärjestelmässä ja toimintakyvyn lasku. Nesteentarve pysyy kuitenkin samana, joten ikääntyneen elimistö

on vaarassa kuivua. Nestettä tulisi nauttia vähintään litra vuorokaudessa ruoasta saatavan nesteen lisäksi. Koska myös ruokahalu huononee, näin ollen liian vähäinen ruoka vähentää vuorokaudessa saatavaa nestemäärää entisestään. (Suominen 2008, 427.)

Mahalaukun suolahapon määrän vähenee ja sapen ja haiman eritystoiminta heikkenee. Nämä voivat aiheuttaa vatsavaivoja, ripulia, imeytymisongelmia ja heikentää ruuansulatusta. Aterian jälkeen täyden olo tunne tulee nopeammin, koska ikääntyneen mahalaukku tyhjenee hitaammin. Entsyymitoiminnan muuttuminen vähentää ravintoaineiden imeytymistä. Mahalaukun hapottomuus vaikeuttaa kalsiumin ja raudan imeytymistä, joista voi seurata luun mineraalipitoisuuden vähenemistä ja anemiamia. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 212–213; Haglund ym. 2012, 143; Räihä 2012, 283.)

Yleisesti toimintakyvyn heikkeneminen voi johtaa vajaaravitsemukseen. Ikääntyneellä voi olla ongelmia käsitellä ruoka lautasella suuhun sopivaksi tai hän ei saa vietyä ruokaa suuhun asti. Ruoan pureskeleminen tai nieleminen ei onnistu. Näistä ongelmista johtuen voi syöminen siten jäädä vähäiseksi vaikka itse ruokahalu olisikin hyvä. (Soini 2009, 197.)

2.2 Psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden merkitys

Fyysisten muutosten lisäksi syy ravitsemustilan huononemiselle voi olla psyykkinen, sosiaalinen tai ympäristöstä johtuva. Fyysisistä muutoksista kuulon ja näön heikkeneminen sekä fyysisen aktiivisuuden väheneminen voivat hankaloittaa päivittäisiä toimintoja ja pienentää sosiaalista verkostoa sekä johtaa eristäytymiseen. Muutokset elämäntilanteissa tai mielen-terveysongelmat aiheuttavat myös eristäytymistä. Eristäytyminen ja sosiaalisen verkoston kaventuminen voi puolestaan johtaa yksipuoliseen ja huonoon ruokavalioon. Ikääntyneen voi olla vaikeaa selviytyä kaupassa käymisestä tai ruoanlaitosta sekä muista sosiaalisista tilanteista. Ravitsemustilaan voi heikentävästi vaikuttaa menetykset, varsinkin leskeksi jääminen, joka saattaa aiheuttaa masentuneisuutta ja yksinäisyyttä sekä toimeentulon laskua. Masennus liittyy yli puoleen dementiaan johtavista aivosairauksista niiden alkuvaiheessa, ollen näin huomattavan yleistä. Ikääntyneellä masennus tavallisesti aiheuttaa ruokahaluttomuutta, painon laskua, somaattisten oireiden valittamista sekä itsetuhoisuutta. (Suominen 2008, 478; Leinonen & Koponen 2010, 159; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 37.)

Ruoalla ja ruokailulla on monenlaisia psyykkisiä ja sosiaalisia merkityksiä ihmiselle. Yksilölliset ruokatottumukset ovat osa ihmisen persoonaa ja merkittävä osa elämää. Ruoalla voidaan korostaa yhteenkuuluvuutta, sillä juhliitaan tai siitä voidaan hakea lohdutusta. Ruoalla voidaan myös osoittaa välittämistä ja rakkautta. Ikääntyneen turvallisuuden tunnetta voi lisätä lapsuudesta tutuilla ruoilla. Ruokat, jotka ovat nykyiselle sukupolvelle tuttuja, voivat olla ikääntyneelle vieraita ja outoja. Tämä on syytä huomioida ikääntyneen ravitsemushoidossa. (Arffman 2009, 228–230.)

Muistiongelmat ja kognitiivisten toimintojen häiriöt voivat vaikuttaa siten, että ikääntynyt ei esimerkiksi muista syödä. Ikääntyneen, varsinkin palve-

lupalossa tai vanhainkodissa asuvan, tahattoman painonlaskun yleisin syy on psyykinen, useimmiten ruokahalun puute. Huonon ruokahalun taustalla voi olla myös näläntunteen heikkeneminen tai kiinnostuksen väheneminen ruokaa kohtaan. Ikäihmisen yletön ruoan ahminta voi johtua kylläisyyden tunteen puutteesta, joka puolestaan johtuu ruokahalun sisäisen säätelymekanismin häiriöstä. (Suominen 2008, 478; Tuovinen ym. 2008, 214; Suominen 2007c, 188.)

3 IKÄÄNTYNEEN VAJAARAVITSEMUS

Kirjallisuudessa käytetään käsitteitä vajaa-, ali- ja virheravitsemus. Vajaa- ja aliravitsemuksesta puhuttaessa tarkoitetaan energian, proteiinin tai muiden ravintoaineiden epäsuhtaa tarpeeseen nähden. Ruokavaliosta voi puuttua ravintoaineita tai energiaa, jolloin niiden saanti ei vastaa tarvetta. Kun tämä tila jatkuu pitkään, on seurauksena painonlasku ja vajaaravitsemus. Virheravitsemuksessa energiaa voidaan saada liikaa ja ravintoaineita vastaavasti liian vähän. Tällöin syödyn ruoan määrä voi olla riittävä, mutta ravintosisältö ei vastaa tarvetta. Virheravitsemus johtaa tilaan, jolloin lihavakin ikääntynyt voi olla vajaaravittu tai vajaaravitsemuksen riskissä. Ravintoaineita voidaan saada liian vähän, kun taas energiaa saadaan paljon. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 24; Suominen 2008, 477; Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 130.)

Monet asiantuntijat käyttävät käsitteitä ali- ja vajaaravitsemus kirjallisuudessa vaihtelevasti tarkoittaen kuitenkin samaa asiasisältöä. Aliravitsemus käsitteenä voi synnyttää mielikuvan köyhyydestä ja ravinnon niukkuudesta johtuvasta laihuudesta. (Suominen 2008, 477.) Päädyimme tässä työssämme käyttämään käsitettä vajaaravitsemus, koska mielestämme se kattaa myös virheravitsemuksen ja haluamme välttää aliravitsemuksen tuomaa negatiivista mielikuvaa. Haluamme myös korostaa sitä, että lihavakin ikääntynyt voi olla vajaaravittu ja kärsiä virheravitsemuksesta.

3.1 Ravitsemustilan arviointi

Ravitsemustila tulisi arvioida aina ikääntyneen tullessa hoitolaitokseen. Ikääntyneen ulkoinen olemus saattaa antaa viitteitä hänen ravitsemustilastaan. Yksinkertaisin tapa arvioida ja seurata ikääntyneen ravitsemustilaa on kuitenkin säännöllinen painonseuranta. Pitkäaikaishoidossa olevan painoa tulisi seurata kuukausittain ja terveydentilan muutosten yhteydessä useammin. Ravitsemustilan huononemista voi epäillä, jos painonmuutokset ovat nopeita ja suuria. Muita vajaaravitsemuksen ulkoisia merkkejä, joita hoitohenkilökunnan tulisi huomioida, ovat ihon ja limakalvojen kunto, turvotukset, hiusten ja silmien kunto sekä mielialan muutokset. Näitä huomioita hoitohenkilökunta voi tehdä päivittäisissä hoitotilanteissa esimerkiksi suihkutuksen tai vuodepesun yhteydessä. (Suominen 2006, 191; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 30; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 170; Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2006, 13.)

Ravitsemustilan arviointiin on useita erilaisia mittareita, mutta ikääntyneille yli 65-vuotiaille sopivin on Mini nutritional assessment eli MNA (liite

2). MNA on nopea ja helppo testi ikääntyneen ravitsemustilan arvioimiseen. Hoitoympäristöissä usein vallitsevan kiireen vuoksi erilaisten testien ja mittareiden tulisi olla helppokäyttöisiä ja nopeasti tehtyjä, jotta niistä tulisi helpommin osa hoitorutiineja. MNA-testistä on olemassa sekä lyhyt että pitkä versio. MNA-testin lyhyt versio on tehty noin viidessä minuutissa ja olisi helppo tehdä esimerkiksi uutta potilasta vastaanotettaessa. Pitkäaikashoidossa oleville potilaille suositellaan tehtäväksi kokonaan pidempi testi, jonka tekeminen kestää noin kymmenen minuuttia. Pidemmän testin vastaukset on pisteytetty ja yhteispistemäärän perusteella voidaan tehdä seuraavanlainen jako: hyvä ravitsemustila (MNA >24), vajaaravitsemusriski (MNA 17–23,5) ja vajaaravitsemustila (MNA <17). MNA- testi antaa hyvät tiedot seurantaan vaativista ravitsemushoidon osa-alueista ja siten ohjaa jatkotoimenpiteisiin. (Tuovinen ym.2008, 221–222; Räihä 2012, 289–290; Skates & Anthony 2012, 24.)

MNA-testin tulosten perusteella ryhdytään ravitsemushoidon tehostamisessa toimenpiteisiin, jos niille on tarvetta. Jos ikääntynyt on menettänyt painostaan yli 5 % viimeisen 3–6 kuukauden aikana, arvioidaan hänen kohdallaan ruokailun ajankohtien sopivuutta ja ruokailuajan keston riittävyyden lisäksi ateriakohtaisesti syötyjä ruoan ja juomien määriä sekä mahdollisia nielemis- ja syömisongelmia. Vajaaravitsemusriskissä (MNA 17–23,5) olevilla tehostamisen toimenpiteitä voidaan pohtia MNA-testin arviointi osioon sisältyvien kysymysten avulla. Kysymysten avulla selvitetään mm. syötyjen aterioiden määrä ja niiden sisältö, nesteensaanti, lääkitys, avun tarve ruokailussa. Jos ikääntyneellä on painehaavoja, pyritään lisäämään ruokavalion proteiini- ja energiamääriä. Liian vähän nestettä saavilla tai yksipuolisesti syöville tilanne korjataan yksilöllisillä toimenpiteillä. Jos ikääntynyt syö vain kaksi ateriaa päivässä, selvitetään mahdolliset pureskelu- ja nielemisongelmat. Jos ikääntyneellä on käytössään useita lääkkeitä, voidaan pyytää lääkärin kannanottoa lääkehoidon vähentämistä varten. Vajaaravituilla (MNA <17) tehdään kokonaisvaltainen arviointi tehostetun ravitsemushoidon välitöntä aloittamista varten. Tähän kuuluvat laboratoriomääritykset ja lääkärintarkastus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 222.)

Ravitsemustilaa voidaan arvioida MNA-testin ohella seuraamalla ikääntyneen ruokailua ja arvioida energian, proteiinin ja ravinnonsaantia muuttaman päivän ajan ja kirjata tulokset ruokapäiväkirjaan. Omaisten ja läheisten haastattelulla saadaan tietoa ikääntyneen omista mieltymyksistä, ruokailuun liittyvistä tavoista ja ravitsemukseen liittyvistä rajoituksista. Saatut tiedot auttavat ravitsemuksen arvioinnissa ja ravitsemushoidon suunnittelussa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 31.)

Monia tutkimuksia on tehty vajaaravitsemuksen esiintyvyydestä ikääntyneiden keskuudessa. Esiintyvyyttä on mitattu nimenomaan MNA-testin avulla. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia maasta riippumatta. Suominen (2007b, 11) teki Helsingissä tutkimuksen, jossa selvitettiin MNA-testin avulla ikääntyneiden ravitsemustilaa vanhainkodeissa ja sairaaloissa. Tutkimuksessa tuli esille virhe- tai vajaaravitsemuksen yleisyys ikääntyneiden keskuudessa. Hämmästyttävää oli se, että vain 16 %:lla oli hyvä ravitsemustila. Vuonna 2013 julkaistussa saksalaisessa ravitsemustutki-

muksessa oli mukana kuusi hoitokotia. MNA-testillä mitattuna 18,2 % tutkituista oli vajaaravittuja ja 42 % oli vajaaravitsemusriskissä. (Stange, Poeschl, Stehle, Sieber & Volkert 2013, 1.)

3.2 Vajaaravitsemuksen vaikutukset ikääntyneiden hyvinvointiin

Vajaaravitsemus, varsinkin liian vähäinen proteiinin saanti, on yhdistetty fyysiseen heikkouteen ja lihaskatoon (sarkopenia), joka usein johtaa puolestaan kaatumisiin ja murtumiin. Lihastoiminnan heikkeneminen vaikuttaa myös verenkiertoon ja hengityselimiin vaikeuttaen niiden toimintaa. Tutkimuksen mukaan miltei puolet ikääntyneistä lonkkamurtumapotilaista on vajaaravittuja. Vajaaravitut potilaat kärsivät myös infektiosta kolme kertaa enemmän kuin muut ikääntyneet. Varsinkin hoitolaitoksissa proteiinivaje yhdistetään painehaavaumien syntymiseen, haavojen huonoon paranemiseen ja infektioiden. (Pitkälä, Suominen, Soini, Muurinen & Strandberg 2005, 51–52; Skates ym. 2012, 19.)

Vajaaravitsemuksen ja virheravitsemuksen vaikutuksesta ikääntyneen omatoimisuus huononee. Depressio ja kognitiiviset ongelmat voivat yleistyä hyvinkin ravittujen ikääntyneiden keskuudessa, mutta vajaaravitsemus korostuu näitä ongelmia potevien ikääntyneiden keskuudessa. Vajaa- ja virheravitsemuksella on myös vaikutusta psyykkiselle puolelle mielialaa laskevasti. Usein ihmiset saavat mielihyvää ruokailusta ja iän myötä tämä voi jäädä toteutumatta. Vajaaravitsemus voi aiheuttaa ikääntyneelle sekavuusoireyhtymän (delirium), jossa oireina ovat muun muassa keskittymiskyvyn puute, puheen ja ajattelun epäloogisuus, aistiharhat ja motorinen levottomuus. Vuorokausirytmä on usein sekaisin ja oireet ovat pahimmillaan iltaisin ja öisin. Deliriumin voi aiheuttaa myös muun muassa kuivuminen, lääkitys, aineenvaihdunnan ongelmat ja infektiot. (Suominen 2007c, 187; Kan ym. 2012, 189.)

Huomionarvoista on myös se, että lääkeainemetabolia muuttuu. Ikääntyessä munuaisten ja maksan toiminta heikkenee, mikä pitää ottaa huomioon lääkkeiden annostelussa. Vajaaravitsemus voi heikentää maksan toimintaa entisestään. Lääkeaineella on vaikutusta ravintoaineiden käyttöönottoon elimistössä ja päinvastoin. Ravintoaineiden käyttöönottoon vaikuttaa myös monilääkitys yhteisvaikutusten ja haittavaikutusten vuoksi. Ravinto- ja lääkeaineiden imeytymiseen vaikuttavat myös ruokailun ja lääkkeenoton ajankohta. Ruokailun ja lääkkeen ottamisen väärä ajoittaminen saattaa johtaa ongelmiin, joita virheellisesti luullaan lääkkeen haittavaikutuksiksi. (Räihä 2012, 291; Sinisalo & Paakkari 2012, 497–498.)

Vajaaravitsemustila on osa hauraus-raihnaus-oireyhtymää (HRO), jolla tarkoitetaan ikääntyneen yleisen terveydentilan heikkoutta ilman yhteyttä diagnosoituun sairauteen. Useimmiten oireyhtymää poteva on ulkoisesti laiha, pienilihaksinen, rollaattorilla hitaasti kulkeva nainen. On kuitenkin huomioitava, että oireyhtymää esiintyy myös lihavilla ikääntyneillä. HRO heikentää ikääntyneen elämänlaatua ja lisää kuolleisuutta. (Pitkälä ym. 2005; Strandberg 2008, 346.)

Ummetus on ikääntyneillä yleinen vaiva. Sen taustalla on usein vääränlainen ruokavalio ja riittämätön nesteiden saanti sekä liikunnan vähyys. Hyvä ummetuksen hoito on hoitohenkilökunnan vastuulla. Ummetus usein myös pahentaa inkontinenssia. Ummetuksen hyvä hoito parantaa ikääntyneiden elämänlaatua ja vähentää työmääriä sekä hoitokustannuksia. Moniammatillisella yhteistyöllä saadaan ummetusvaiva usein hoidettu taloudellisemmin oikean ravitsemuksen, riittävän nesteiden nauttimisen ja liikunnan avulla. (Soini 2009, 197.)

Vajaaravitsemuksen vaikutukset tuntuvat yhteiskunnallisella tasolla lisääntyneinä kustannuksina. Vajaaravitsemus johtaa siihen, että intensiivisen hoidon tarve kasvaa ja sairaalassaolo ajat pitenevät hoidon tehon heikkenemisen takia. Toipumisen pidentyminen ja ikääntyneen toimintakyvyn lasku lisäävät henkilökunnan työmäärää ollen näin merkittävä taloudellinen ongelma. (Suominen 2008, 478; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 24.)

3.3 Vajaaravitsemuksen hoito

Ikääntyneen ravitsemushoidolla on monia tavoitteita. Sillä pyritään parantamaan elämänlaatua, turvaamaan riittävä ravintoaineiden saanti, tuomaan sosiaalista ja psyykkistä mielihyvää ja hidastaa ikääntymiseen liittyvien sairauksien etenemistä. Ruokahetket ovat sosiaalinen tapahtuma ja rytmittävät päivää luoden turvallisuuden tunnetta. Ravitsemushoito yhdessä liikunnan kanssa auttaa myös pidempään ylläpitämään iäkkään toimintakykyä. Ikääntyneen toimintakykyä ja aktiivisuutta voidaan ylläpitää myös kodinomaisen ruokailun avulla. Kodinomaisuutta voidaan luoda huolehtimalla ruokailuympäristön viihtyisyydestä, ruoan esille panosta, huomioimalla juhlapyhät, joustamalla ruoka-ajoissa ja kiireettömällä ympäristöllä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 155–158; Puranen & Suominen 2012, 5.)

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevalle ikääntyneelle on ravitsemuksen kannalta tärkeintä riittävä energian ja proteiinin saanti. Energian saannin tulisi vastata kulutusta ja kokonaisenergiasta 15–20 % tulisi olla proteiinia. Akuutisti sairailta proteiinin tarve on jopa kaksinkertainen. Riittävällä energian ja proteiinin saannilla voidaan turvata toimintakyvyn ylläpitäminen mahdollisimman pitkälle. Jos ikääntynyt tarvitsee paljon apua päivittäisissä toiminnoissa, on hänen riskinsä vajaa- ja virheravitsemukselle lisääntynyt. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on turvata riittävä ravinnonsaanti ja tarvittaessa tehostetaan ruokavaliota. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 14, 27.)

Ravitsemushoidon tehostamisessa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Laadukas ravitsemushoito tarvitsee toteutuakseen riittävästi koulutettua henkilökuntaa, vastuunjakoja ja sujuvaa yhteistyötä ammattiryhmien välillä. Moniammatillisessa yhteisössä toimivat muun muassa ruokapalveluyksikön henkilökunta, joka huolehtii suunnittelusta, ruoanvalmistuksesta ja ruoanjakelusta. Osastonhoitajalla on ravitsemushoidon toteutuksen kokonaisvastuu ja lääkäriellä puolestaan on vastuu potilaan ravitsemushoidosta

osana muuta hoitoa. Henkilökunnalla on suurin osuus oikean ravitsemushoidon toteutuksessa huolehtimalla vajaaravitsemusriskien seulonnasta, ravinnon tarpeen arvioinnista ja oikeanlaisesta ruoka-tilauksesta, ruokailussa avustamisesta, ravinnon saannin ja painon seurannassa, ravitsemusohjauksessa ja ajantasaisen kirjaamisen toteutuksessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 17–18.)

Ravitsemushoitoa tehostetaan, kun ikääntyneen todetaan MNA-testin avulla olevan vajaaravittu tai vajaaravitsemusriskissä. Ravitsemushoito aloitetaan pienellä energiamäärällä, jos ikääntyneen paino on hyvin alhainen ja vajaaravitsemus todetaan. Tällä ehkäistään refeeding-oireiden syntyminen. Refeeding-oireyhtymä voi kehittyä pitkään vajaaravitsemuksesta kärsineellä potilaalla, kun ravitsemustilaa lähdetään korjaamaan liian nopeasti liiallisella energiansaannilla. Tämä kuormittaa elintoimintoja ja aiheuttaa rytmihäiriöitä, elimistön fosfaattipitoisuuden alenemista, lämpötilan nousua, turvotuksia ja mahdollisesti jopa sekavuusoireyhtymän (delirium). (Aapro ym. 2008, 131, 223; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 169, 255.)

Tehostettu ravitsemushoito suunnitellaan yksilöllisesti ja ruoansulatuskanavaa hyödyntäen. Hoitolaitoksessa tehostetun ruokavalion pohjana käytetään perusruokavaliota. Tehostetun ruokavalion ruoka-annokset ovat tavanomaista pienempiä, sisältäen kuitenkin runsaasti energiaa. Ruoan energiapitoisuutta voidaan lisätä hiilihydraattien ja rasvojen avulla, muun muassa käyttämällä voita, öljypohjaisia salaatinkastikkeita, hunajaa ja sokeria. Ruoan proteiini- ja energiapitoisuutta voidaan lisätä käyttämällä kermaa, raejuustoa, sulatejuustoa, maitorahkaa ja kananmunaa. Välipalana voi tarjota kermaan tai kermajäätelöön tehtyjä pirtelöitä. Vajaaravittu tulisi olla tiheät ruokailuajat, joissa huomioidaan toiveruoat ja mieluisat välipalat. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 36–37; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 36; Arffman 2009, 113.)

Vaikka monipuolinen perusruokavalio turvaa ravintoaineiden saannin, on tilanteita joissa täydennysravintovalmisteiden käyttö on perusteltua. Täydennysravintovalmisteita tulisi käyttää ikääntyneellä seuraavissa tilanteissa:

- ✓ syödyn ruoan määrä on pieni
- ✓ ikääntynyt tarvitsee sosemaista tai nestemäistä ruokavaliota
- ✓ paino on laskusuunnassa tai alhainen
- ✓ toipuminen sairaudesta on hidastunut
- ✓ painehaavat, ihon huono kunto
- ✓ toistuvat infektiot.

Iäkkäiden potilaiden ravitsemustilaa on tutkittu useissa eri tutkimuksissa, joissa on selvitetty ravitsemustilan paranemista ja kliinisiä lopputuloksia, proteiini- ja ravintolisän käytön yhteydessä. Vajaaravittujen potilaiden osalta huomattiin kuolleisuuden laskevan ja erilaisten komplikaatioiden määrän vähenevän, erityisesti lonkkamurtuman jälkeen. Lisäksi havaittiin johdonmukaista painonnousua kaikilla iäkkäillä. Näin ollen täydennysravintovalmisteiden käyttö näyttäisi olevan perusteltua. (Avenell, Milne, Potter & Vivanti, 2009.)

Suomen muistiasiantuntijat ry toteutti nelivuotisen Ravitsemus muistisairaankodissa hankkeen vuosina 2009–2012. Tutkimukseen osallistui kotona asuvia muistisairaita ja heidän puolisoita. Tutkittavista pariskunnista 50 kuului interventio- ja 40 kontrolliryhmään. Räättälöityä ravitsemusohjausta ja -hoitoa annettiin interventioryhmään kuuluville ikääntyneille, osaksi tätä kuuluivat täydennysravintovalmisteet. Hankkeen loppuraportissa todetaan täydennysravintovalmisteista olevan hyötyä ennaltaehkäisemään toimintakyvyn laskua. Täydennysravintovalmisteiden lyhytaikaisella, noin muutaman viikon käytöllä, voitaisiin vaikuttaa väsymykseen, infektiokierteeseen ja toimintakyvyn heikentymiseen, jotka useimmiten johtavat ikääntyneen vajaaravitsemustilaan. (Suominen, Puranen, Jyväkorpi 2013, 6–7,44,)

3.4 Sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja ravitsemushoidon ja seurannan tukena

Ikääntyneen hyvään hoitoon kuuluu ylläpitää hyvää ravitsemustilaa. Hoito henkilökunnan varhainen puuttuminen ja vajaaravitsemuksen tai sen riskin ennaltaehkäisy on tärkeä osa onnistunutta ravitsemushoitoa. Hoito henkilökunnan tulisi reagoida heti, jos ikääntynyt vähentää syömistään tai MNA-testin pisteet viittaavat vajaaravitsemukseen tai sen riskiin. (Partanen 2009, 109.)

Onnistuneen ravitsemushoidon taustalla on hoito henkilökunnan riittävä ammattitaito, ravitsemushoidon asiantuntemus ja saumaton moniammatillinen yhteistyö. Kaikkien ravitsemushoitoa toteuttavien tulisi ymmärtää sen merkitys kokonaisvaltaisessa hoidossa. Sairaaloissa ja hoitolaitoksissa ravitsemushoidon käytännön toteutus on sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan sekä muun hoito henkilökunnan vastuulla. Sairaanhoitajalta/terveydenhoitajalta vaaditaan hyviä ja selkeitä viestintä- ja vuorovaikutustaitoja. Työnkuvaan kuuluu ravitsemusohjauksen antaminen ajantasaisimpaan tietoon tukeutuen. Tietoa ja asiantuntemusta tulee olla muun muassa ravitsemuksesta, ruokavalioista, sairauksista, ravitsemustilan arvioinnista ja kliinisistä ravintovalmisteista sekä erityisvalmisteista. Tietämystä pitää olla myös elintarvikelainsäädännöstä ja elintarvikkeiden koostumuksesta ja ravintosisällöstä. (Aapro ym.2008, 94–96.)

Potilasasiakirjoissa hoitosuunnitelman ja kirjaamisen ajan tasalla pitäminen on henkilökunnan tehtävä. Hoitosuunnitelmassa mainitaan ravitsemuksen lähtötilanne esimerkiksi painon ja MNA-testistä saatujen pisteiden perusteella, ruokavalio, miten syö vai onko avustettava. Hoitosuunnitelmasta tulee myös esille miten ravitsemushoito on toteutettu, esimerkiksi annoskoko, ruokavalio, täydennysravintovalmisteet, ylimääräiset välipalat ja avun tarve ruokailussa. Hoitosuunnitelmaan kuuluu ravitsemustilan seuranta ja arviointi, jota hoito henkilökunta toteuttaa. Hoitaja tarkkailee syödyn ruoan määrää, pitää nestelistan ja ruokapäiväkirjan ajan tasalla. Lisäksi hoitaja huolehtii ikääntyneen säännöllisestä painon seurannasta sekä keskustele ikääntyneen kanssa ruoan riittävyydestä, maittavuudesta ja ruoan koostumuksesta. Tarvittaessa hoitaja muuttaa ruokatilausta tarvetta vastaavaksi. Tehostetussa ravitsemushoidossa seuranta tulee toteuttaa tiheämmin. Hoitosuunnitelmaan pitää aina myös sisällyttää jatkohoidon

suunnitelma, joka ravitsemuksen osalta voi olla painon nouseminen tai painon laskun pysähtyminen. Ravitsemustilan seuranta on tärkeää, jotta ravitsemustilan huonontumiseen voitaisiin ajoissa puuttua. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 42.)

4 IKÄÄNTYNEIDEN ERITYISRYHMIEN RAVITSEMUS

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksen mukainen perusruokavalio sopii lähes kaikille ikääntyneille, jotka eivät ole vajaaravitsemuksen riskissä tai muutoin tarvitse erityisruokavaliota. Ikääntyneen yksilöllisen toimintakyvyn ja terveydentilan mukaan perusruokavaliota voidaan soveltaa tarvetta vastaavaksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 82.) Tähän opinnäytetyön valitsemamme erityisryhmät korostuvat pitkäaikaishoitolaitoksissa.

4.1 Muistisairaana ravitseminen

Viimeaikaiset tutkimukset ovat antaneet viitteitä ravitsemuksen merkityksestä dementian ja muistihäiriöiden ennaltaehkäisemisessä ja hoidossa. Tämä tutkimusalue on melko uusi ja vaatii lisätutkimuksia. Suominen ym. (2013) kuvaa tutkimuksia, joita on tehty Alzheimer-potilailla. Heidän ravitsemustilansa ja ravinnonsaanti on parantunut ravitsemusinterventtioiden avulla. Proteiinipitoisia lisäravinteita käyttämällä on myös aikaansaatu painonnousua. Taudin etenemistä saatetaan voida hidastaa, mikäli lievää muistisairautta potevan ruokavalio sisältää kaikki hänen tarvitsemansa ravintoaineet. (Kivipelto, Eskelinen & Soininen 2012, 326; Suominen ym. 2013, 19.)

Dementiaa sairastava on suuressa vajaaravitsemusriskissä toimintakyvyn ja kognitiivisten kykyjen heikkenemisen vuoksi. Painon lasku liittyy etenkin Alzheimerin tautiin, jota sairastaa 60 % dementoituneista. Ravitsemustila saattaa olla heikentynyt jo ennen muistisairauden diagnosoimista. Tärkeiden ravintoaineiden ja proteiinin saanti on aivojen toimintakyvylle tarpeellista. Muistisairaana ruokavaliosta nämä usein puuttuvat, mikä edistää muistisairaana toimintakyvyn heikkenemistä. Ravitsemustilaan alentavasti vaikuttavat huono keskittymiskyky, vaikeus erottaa syötäväksi kelpaava ruoka ja vaikeus ilmaista omia mielipiteitään syömisen suhteen. Hoitohenkilökunta voi esimerkiksi syödä yhdessä dementoituneen kanssa ja huolehtia siitä, ettei mitään syötäväksi kelpaamatonta ole saatavilla. Ruokailutilanteen rauhoittaminen ja häiriötekijöiden poistaminen auttaa dementoitunutta keskittymään ruokailuun. Ruokailusta tarvittaessa muistutetaan ja ruokailuvälineiden käytössä neuvotaan. Hoitohenkilökunnan on myös huolehdittava siitä, että ruoka ei ole liian kuumaa ja että se vastaa dementoituneen puremis- ja nielemiskykyä. Jos muistisairas ikääntynyt väsyä iltaa kohti helpommin, voidaan ruokailun helpottamiseksi pyrkiä tarjoamaan ruokaa enemmän päiväsaikaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 184–185; Suominen & Pitkälä 2010, 357; Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 34–35; Aapro ym. 2008, 234.)

4.2 Painehaavapotilaan ravitsemus

Painehaavat eli niin sanotut makuuhaavat syntyvät, kun ihoalueelle kohdistuu paine. Pitkään jatkuessaan paine aiheuttaa ihon verenkierron heikkenemisen, jolloin iho ei saa tarpeeksi happea ja ravintoaineita. Tämän lisäksi, jos ihoalueeseen kohdistuu kitkaa ja venytystä, syntyy painehaava. Yleisimmin painehaava syntyy kohtaan, missä luu on lähellä ihon pintaa. Painehaavoille altistaviin tekijöihin kuuluu vajaaravitsemus. Muita tekijöitä ovat pitkäkestoinen vuodelepo, krooniset sairaudet ja hermovauriot, esimerkiksi halvaukset. (Kortekangas-Savolainen & Helander 2010, 280.)

EPUAP–Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto on julkaissut vuonna 2004 ravitsemussuosituksen painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Vajaaravitsemusta pidetään yhtenä painehaavan syntymisen riskitekijänä, johon voidaan vaikuttaa ravitsemushoidolla. Ravitsemushoidon suunnittelu lähtee potilaan ravitsemustilan arvioinnista. Yleisimmin ravitsemushoidon tehostamistoimenpiteenä aloitetaan lisäravinteet proteiinin saannin turvaamiseksi, jos ruokavaliota ei ole mahdollista parantaa. Terveen ikääntyneen proteiinin tarve on vähintään 1–1,2g vuorokaudessa painokiloa kohti. Haavapotilaalla tämä tarve on 1–1,5g tavoitepainokiloa kohti. Energiantarve on 30–35 kcal/tavoitepainokilo. Ravitsemustilan säännöllisellä seurannalla voidaan varmistaa ravitsemushoidon onnistuminen. Jos haavojen paranemisen voidaan todeta edistyneen, toimintakyvyn ja elämänlaadun parantuneen, painon nousseen eikä uusia haavoja ole syntynyt, on ravitsemushoidon tehostaminen onnistunut. Painehaavojen ehkäisyssä on ravitsemukseen liittyvien asioiden lisäksi myös huomioitava muiden riskitekijöiden poistaminen. Asentohoidoista ja kuormituksen poistamisesta on huolehdittava. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 21; Ravitsemussuosituksen painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon 2004, 4–5.)

4.3 Syöpäpotilaan ravitsemus

Ikääntyneiden syöpäpotilaiden määrä kasvaa suurten ikäluokkien vanhetessa. Vuosittain löydetään 27 000 uutta syöpää ja yleensä sairastunut on yli 65-vuotias. Ravitsemushoito tulee liittää syövän kokonaisvaltaiseen hoitoon, koska hyvä ravitsemustila vaikuttaa hoidon sietokykyyn. Ravitsemustilaa heikentävät monet erilaiset syyt. Kasvain voi erittää sytokiinia tai toisinaan se voi tukkia esimerkiksi ruoansulatuskanavan ja siten aiheuttaa laihtumista, ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia. Myös syöpähoidot itsessään aiheuttavat samoja ongelmia. Yleisiä ravitsemustilaan vaikuttavia ongelmia ovat haju- ja makumuutokset, nielemisvaikeudet, kipeä suu ja nielu, ripuli, ummetus ja oksentelu. Etenkin pään ja kaulan alueen sekä vatsan alueen hoidot vaikuttavat ravitsemustilaan heikentäen sitä merkittävästi. (Salminen & Viitala 2012, 481–482; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 177–178; Viitala 2006, 149)

Vajaaravitsemusta on arvioitu olevan jopa puolella syöpäpotilaista. Ravitsemushoidon tavoitteena on potilaan hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantaminen. Tähän pyritään turvaamalla riittävä ravinnon ja nesteen saanti sekä vähentämällä syöpähoitojen sivuvaikutuksia. Toisinaan ravitsemushoitoa tehostetaan jo ennen syöpähoitojen alkua, varsinkin jos niiden tiede-

tään heikentävän merkittävästi ravitsemustilaa. Ravitsemustilan seurannassa ja arvioinnissa tärkeintä on painon säännöllinen seuranta. Lisäksi voidaan käyttää MNA-testiä. Ravitsemushoidon ohjaukselle perustan antavat valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuositukset. Ravitsemushoidossa huomioidaan potilaan yksilölliset toiveet ateriaritmin, ruoan rakenteen ja lämpötilan, ja mielinruokien suhteen. (Viitala 2006, 150; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 177; Salminen ym. 2012, 482.)

4.4 Saattohoitopotilaan ravitsemus

”Saattohoidolla tarkoitetaan parantumattomia, pahanlaatuista ja etenevää tautia sairastavan potilaan elämänlaatua parantavaa sekä potilasta ja läheisiä tukevaa hoitoa. Hoidossa on keskeistä parantaa potilaan vointia hyvällä perushoidolla, oikea-aikaisella kivunhoidolla ja psykososiaalisella tuella.” (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 197).

Saattohoitopäätöksen tekeminen ei tarkoita kaikkien hoitojen lopettamista. Ennustetta jäljellä olevan elämän pituudesta ei voida tarkasti tehdä. Saattohoitopotilaan ravitsemushoidon periaatteena on kunnioittaa potilaan omia toiveita. Ravitsemushoidolla ei voida parantaa potilasta vaan tuottaa mielihyvää ja siten lisätä elämänlaatua. Potilaan omia toiveita kuunnellaan, jos hän pystyy niitä ilmaisemaan. Mahdollisuuksien mukaan tarjotaan niitä ruokia ja juomia, joita hän itse haluaa. Ruokat ja juomat tarjotaan potilaalle miellyttävässä muodossa. Ateriaan liittyy usein sosiaalisia merkityksiä, joita ei voi yhdistää suonensisäiseen ravitsemukseen tai nälämahaletkun käyttämiseen. Saattohoitopotilaan kohdalla ei ole perusteltua huolehtia ravitsemuksesta näillä keinoin. Nieleminen on usein vaikeutunut ja tajunnantaso potilaalla voi olla alentunut, jolloin vaarana on juoman tai ruoan pääseminen hengitysteihin. Näissä tilanteissa suun kautta syöttäminen ei ole tarkoituksenmukaista. Saattohoitopotilas kärsii usein suun kuivuudesta, ei niinkään nälästä tai janosta. Suun kostutuksesta voi huolehtia antamalla potilaalle pieniä määriä vettä tai jäämurskaa. (Hänninen 2012, 11, 16–17; Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 43–44.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilökunnan osaamista ja tietoa vajaaravitsemuksesta, sen tunnistamisesta ja hoidosta. Tavoitteena oli antaa hoitohenkilökunnalle konkreettisia ja käytännönläheisiä keinoja ravitsemushoidon parantamiseen. Opinnäytetyön osatavoitteena oli MNA-testin käytön opastus ja mittarin käyttöönotto palveluasumisyksikössä. MNA-testin kautta toivottiin hoitohenkilökunnan kiinnittävän enemmän huomiota ikääntyneiden ravitsemustilaan.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa pyrimme tuomaan esiin, mitä vajaaravitsemus oikeastaan on ja mitä sen seurauksena tapahtuu. Ravitsemustilan arvioinnin kautta toteutetaan tarvittavaa ravitsemushoitoa, unohtamatta ravitsemushoidon seuranta. Tavoitteena oli myös nostaa esiin meidän mie-

lestämme tärkeiden ikääntyneiden erityisryhmien ravitsemuksen erityispiirteitä.

Oman oppimisen ja ammatillisen kehityksen kannalta opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus on ollut tiedon ja ymmärryksen lisääminen ja syventäminen. Uutta ja syventävää tietoa olemme saaneet etenkin ikääntyneen fyysisistä muutoksista, ravitsemuksesta, vajaaravitsemuksen tunnistamisesta ja sen hoidosta, moniammatillisuuden merkityksestä sekä valitsemiemme erityisryhmien ravitsemushoidosta. Tavoitteenamme oli myös oppia käyttämään MNA-testiä arjessa päivittäisenä työvälineenä sekä käyttämään sen antamia tuloksia ohjenuorana ravitsemushoidon suunnittelussa.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme oli luonteeltaan toiminnallinen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään yhdistämään teoria, tutkimus-tieto ja ammatillinen toiminta. Opinnäytetyön työelämälähtöinen aihe tukee ammatillista kasvua ja tutkimuksellista asennetta työssä. Työn lopputuloksena on työelämän käytäntöön suunnattu opas, kansio tai ohje. Työ voidaan toteuttaa myös jonkin tapahtuman järjestämisenä tai näyttelynä. Opinnäytetyöllä pyritään osoittamaan alan ihmisille, teoreettisen tiedon ja ammatillisen taidon yhdistämisen tehokkuus. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9–10,17,159; Vilkkä, 2010.)

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi ei riitä toiminnallisena opinnäytetyön toteutettu opas, kansio tai ohje. Opiskelijan tulee kyetä yhdistämään ammatillinen teoreettinen tieto käytäntöön. Oman alan ammattikulttuurin kehittäminen lähtee siitä, että opiskelija pohtii alan teorioita ja käytännön ratkaisuja. Kehittäminen puolestaan on konkreettista toimintaa, jolla pyritään määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kun tavoitellaan muutosta työtavoissa tai menetelmissä, kehittäminen kohdistetaan yksittäisiin työntekijöihin ja heidän ammatilliseen osaamiseensa. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 41–42; Toikko & Rantanen 2009, 14,16.)

Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa sitä, että potilaan tai asiakkaan hoidossa ja terveyden edistämisessä sekä omaisten huomioimisessa käytetään parasta ja ajantasaisinta saatavilla olevaa tutkittua tietoa. Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on yhtenäistää sosiaali- ja terveysalan toimintayksiköiden toimintatapoja ja lisätä henkilöstön osaamista. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 11–12.)

6.1 Suunnittelu

Opinnäytetyön suunnittelu ja ideointi alkoi siitä kokemuksesta, että omasamme ja hoitohenkilökunnan osaamisessa ja tiedoissa ravitsemushoidon suhteen on puutteita ja epäkohtia. Aluksi tarkoituksenamme oli tutkia hoitohenkilökunnan osaamista ravitsemushoidosta käytännön työssä. Aiheesta löytyi kuitenkin niin vähän tutkittua tietoa, että päätimme sen sijaan keskittyä hoitohenkilökunnan tiedon lisäämiseen. Pyrkimyksenämme oli

sitä kautta vaikuttamaan vajaaravitsemuksen ehkäisyyn ja siitä aiheutuvien ongelmien tunnistamiseen sekä jo syntyneen vajaaravitsemuksen tunnistamiseen ja hoitoon.

Osastotunnin järjestämispaikaksi valikoitui tehostetun palveluasumisen yksikkö, joka kuuluu Peruspalvelukeskus Oiva-liikelaitoksen koti- ja asumispalvelujen tulosalueeseen. Opinnäytetyön lupaa hakiessamme ehtona oli, että opinnäytetyön materiaali tulee toimittaa kaikkien Peruspalvelukeskus Oivan koti- ja asumispalveluyksiköiden käyttöön.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitelimme ikääntyneiden ravitsemuksen ja ikääntymisen aiheuttamat muutokset ravitsemuksen suhteen. Työn pohjana ovat olleet valtion ravitsemusneuvottelukunnan laatimat ravitsemussuositukset ikääntyneille. Tiedonlähteinä käytimme aiheeseen liittyviä tutkimuksia, joita on melko paljon. Tietoa keräsimme hakusanoilla vajaa-, virhe- ja aliravitseminen, ikääntyneiden ravitseminen, MNA-testi, ikääntyneen ravitsemushoito, ravitseminen. Tuoretta tietoa löytyi paljon, varsinkin Merja Suomisen tuottamana. Englanninkielisiä lähteitä etsiessämme hakusanoja olivat malnutrition, mna, nutrition care ja elderly people. Käytimme myös monipuolisesti aiheeseen liittyvää tuoretta kirjallisuutta.

Osastotunnin toteutusta varten pyysimme myös hoitohenkilökunnalta toiveita osastotunnin sisällöstä. Toivelistan jätimme taukokuoneen pöydälle ja siihen henkilökunta sai laittaa toiveitaan ja osallistua osastotunnin sisällön suunnitteluun. Näin varmistimme myös sen, että henkilökunta sai toimia nimettöminä. Lista oli esillä noin viikon ajan, jotta mahdollisimman moni sai laitettua toiveensa listalle. Hoitohenkilökunnan toiveina nousi esiin MNA-testi ja sen käyttö, vajaaravitsemustilan oireet, toimintakykyä ylläpitävä ruokavalio, ikääntyneen laihduttaminen ja ikääntyneen diabeetikon ruokavalio. Näistä toiveista otimme osastotunnin sisältöön mukaan kaiken muun, mutta ikääntyneen diabeetikon ruokavalion jätimme käsiteltävien asioiden ulkopuolelle. Osastotunnilla mainitsimme, että ikääntyneiden diabeetikkojen ruokavalio koostuu aivan samasta kuin muidenkin ikääntyneiden ruokavalio.

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehysten pohjalta laadimme Powerpoint-diaesityksen (liite 3). Esitys suunniteltiin etenemään teoriaosuuden mukaisesti. Sivujen ulkonäön halusimme selkeäksi ja helposti luettavaksi. Diaesityksen sivuja tehdessämme mietimme, mitkä ovat avainsanoja, joilla käsiteltävä asia tulee hyvin esille ja olisi helposti lisätiedolla ymmärrettävissä. Avainsanojen järjestystä mietimme siten, että lisätiedon antaminen olisi samassa selkeässä järjestyksessä sanojen kanssa ja siten esitys olisi sujuva. Taulukko mallia käytimme energiatarpeen arvioinnissa ja kuvia, annoskokojen arvioinnin helpottamiseksi.

Diaesitykseen tuli sivuja 16 kpl. Ajallisesti katsoimme, että esityksen pituus olisi ollut ilman keskeytyksiä tunti. Varasimme aikaa yhteensä 2 tuntia, että saisimme pitää esityksen rauhassa ja antaa mahdollisuuden kysymyksille ja vapaalle keskustelulle.

Ennen osastotuntia tulostimme diaesityksen osastotunnille osallistuville henkilöille, jotta esityksen seuraaminen ja muistiinpanojen tekeminen olisi vaivatonta. Tällä myös varauduimme siihen, että laitteiden kanssa tulisi jostain ongelmia emmekä saisi näytettyä diaesitystä projektorin kautta.

Materiaaliin kuului myös MNA-testilomakkeita ja ohjeet sen tekemiseen, ruokailun seuranta aterioittain-lomake (liite 4) ja ruoka- ja juomanseurantalomake (liite 5). Nämä lisämateriaalit otimme mukaan, jotta saimme katsottua henkilökunnan kanssa MNA-testin tekemistä ja he saivat tutustua kaavakkeeseen. Ruoka- ja juomaseurantalomakkeet olivat myös mukana ja tarpeen mukaan niistä sai esittää lisäkysymyksiä. Halusimme lisämateriaalin avulla tuoda esille kuinka helppoa niiden avulla on seurata ikääntyneen ravinnon saantia ja ravitsemustilaa.

Laadimme osastotuntia varten myös palautelomakkeen (liite 6). Palaute-lomakkeessa halusimme selvittää, saiko henkilökunta uutta tietoa ja mistä asioista he olisivat mahdollisesti halunneet lisätietoa. Selvitimme myös henkilökunnan arviota omasta ravitsemusosaamisestaan. Taustatiedoista selvitimme työkokemuksen pituuden, ammattikoulutuksen ja ammatinimikkeen. Ammatinimikkeen antaminen oli vapaaehtoista, koska pienestä yksiköstä johtuen identiteettisuojaan pitäminen olisi haasteellista. Lopuksi jätimme kohdan ”vapaa sana”, johon toivoimme palautetta omasta esiintymisestämme ja henkilökunnan näkemystä ravitsemustietoudestamme.

6.2 Osastotunnin toteutus

Osastotunti pidettiin tiistaina 11.3.2014 klo 13–15. Jokainen työvuorossa oleva oli etukäteen kutsuttu paikalle. Tilaisuuteen osallistui 10 henkilöä. Muutama henkilö oli töiden puolesta estynyt osallistumaan osastotunnille. Jaoimme jokaiselle osallistujalle diaesityksen kirjallisena, jotta muistiinpanojen tekeminen ja esityksen seuraaminen oli vaivatonta.

Olimme etukäteen jakaneet esityksen niin, että molemmilla oli omat vastualueet esityksestä. Jako eteni tasaisesti läpi esityksen niin, että kumpikin piti 1–2 sivua peräkkäin. Tämä oli hyvä ratkaisu, koska nyt kumpikin sai tasapuolisesti pitää esitystä. Heti osastotunnin alussa, kun toivotimme kaikki tervetulleeksi, esitimme toiveen siitä, että henkilökunta esittäisi avoimesti kysymyksiä ja kommentteja sitä mukaa, kun niitä tuli heille mieleen.

Osastonhoitajalle oli sovittu ennen esityksen alkua oma puheenvuoronsa, mutta hänelle tuli alkuun pakollinen meno, ja hän piti puheenvuoronsa vähän myöhemmin esityksemme välissä. Puheenvuorossaan hän painotti ravitsemushoidon merkitystä osana ikääntyneen hyvää perushoitoa. Hän myös nosti esiin sen että yksikössä otetaan MNA-testi käyttöön ja jokaiselle asukkaalle tehdään MNA-testi toukokuun loppuun mennessä. Hän toi esille myös, että ikääntyneiden ravitsemushoidon parantaminen ja MNA-testin käyttöönotto ovat yksikön kehittämistavoitteita.

Esitys eteni sujuvasti, ja molemmat saimme hyvin ja selkeästi tuotua esiin ydinasiat. Kertaalleen kummallekin tuli pieni ajatuskatkos, jossa toinen sitten auttoi eteenpäin. Hoitohenkilökunta osallistui aktiivisesti keskusteluun sekä teki muistiinpanoja. Keskustelun herättyä jäimme esityksessä siihen kohtaan, niin pitkäksi aikaa, kunnes asia oli saatu rauhassa juteltua loppuun asti.

Eniten keskustelua herätti ikääntyneen laihdutus, ravitsemushoidon konkreettinen toteuttaminen yksikössä, yhteistyö keittiöhenkilökunnan kanssa ja MNA-testin tekeminen. Ikääntyneen laihduttamisessa nousi esiin etenkin sen toteuttaminen. Keskusteluissa pohdittiin, onko oikein toteuttaa laihduttamista jättämällä aterioita antamatta tai vähentämällä niitä, ja miten ruoan vähentäminen vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn. Konkreettisesti toteuttamisessa yksikössä ja yhteistyössä keittiöhenkilökunnan kanssa kävimme keskustellen läpi yksikön tapaa toteuttaa ruokahoitoa ja hoitajan vastuuta siitä, että ikääntynyt saa riittävästi ravintoa.

Keskustelussa nousi esiin myös hoitajan vastuu siitä, että hän seuraa ikääntyneen ravitsemustilaa, huolehtii, että ikääntynyt saa tarvittaessa tehostettua ruokavaliota sekä huolehtii viestien etenemisen keittiöhenkilökunnalle asti. MNA-testin tekemisen yhteydessä käydyssä keskustelussa korostui se että, testi oli monelle vieras. Toinen meistä oli tehnyt kolmelle yksikön asukkaalle testin ja niiden tekemiseen oli mennyt aikaa 15 minuuttia. Tehtyjen testien pohjalta oli helppo käydä läpi testin tekemistä.

Lisämateriaalina meillä oli MNA-testi ja ohjeet sen tekemiseen, ruokailunseurantalomake, lomake ruoka- ja juomakirjanpitoa varten. Laitoimme materiaalin kiertämään hoitohenkilökunnan keskuuteen sitä mukaa, kun ne esityksessä tulivat esille. Kaikki muut olivat henkilökunnalle tuttuja mutta MNA-testi oli vieraampi.

Lopuksi kiitimme kaikkia osallistujia ja jaoimme palautelomakkeet sekä pyysimme ”vapaa sana” -kohtaan palautetta omasta esiintymisestäämme, tietämyksestäämme ja kehittämiskohtia itsellemme. Palautelomakkeiden palautuksen jälkeen henkilökunta palasi omiin töihinsä. Osa henkilökunnasta jäi vielä hetkeksi vaihtamaan ajatuksia esityksen tiimoilta. Kokonaisuudessaan osastotunti kesti 1½ tuntia.

6.3 Toiminnan arviointi

Osastotunnin suunnittelu alkoi syksyllä 2013. Teoreettista viitekehystä työstimme syksyn ja talven aikana oman työn ja opiskelun lomassa. Aiheemme oli hyvin rajattu, mutta jonkin verran ongelmia aiheutui otsikoinneista. Tietoa oli todella paljon saatavilla ja varsinkin uusia kansainvälisiä tutkimuksia oli paljon. Runsauden paljous aiheutti hankaluutta, koska tutkimukset ja niiden tulokset olivat mielenkiintoisia ja mielestämme huomionarvoisia. Niistä yritimme valita mielestämme tähän opinnäytetyöhön parhaat ja sopivimmat.

6.3.1 Itsearviointi

Omasta mielestämme esitys meni luontevasti ja sujuvasti. Olimme perehtyneet aiheeseen hyvin ja sen pohjalta keskustelu oli luontevaa. Asiaan kuuluvasti molemmilla oli pientä jännitystä ilmassa, mutta se ei häirinnyt esitystä. Tietoon perehtyminen näkyi esityksen pitämisessä rentona ja luontevana esiintymisenä. Olemme molemmat opinnäytetyötä tehdessämme saaneet valtavasti uutta tietoa ikääntymisen vaikutuksista ravitsemukseen ja ravitsemustilan arvioinnista ja ravitsemushoidosta. Tästä johtuen pienet yksittäiset ajatuskatkokset eivät haitanneet esityksen pitämistä, kun toinen oli tukena auttamassa esityksessä eteenpäin. Riittävä tiedon määrä käsiteltävästä asiasta antoi myös varmuutta keskusteluihin ja loi itselle rentoa tunnetta, kun tiesi mistä puhui. Emme kumpikaan omaa paljonkaan kokemusta esiintymisestä, mutta koimme tämän menneen hyvin ja saimme kannustavaa palautetta.

Osastotunti itsessään oli kokonaisuudessaan positiivinen yllätys. Osallistujien ja keskustelun määrä yllätti meidät. Hoitohenkilökunta oli kiinnostunut aiheesta ja se näkyi keskusteluissa ja niiden syvyydessä hyvin. Itse olimme valmistautuneet tuntiin hyvin huolellisesti. Omaan valmistautumiseemme kuului asioiden kertaaminen kirjoista ja uusien asiaan liittyvien tutkimusten etsiminen. Kävimme myös esitystä läpi ääneen puhuen ja samalla aikaa kellottaen, jotta asiat tulisivat luontevasti esityksessä ja pysisimme sovitussa aikataulussa.

Valmistautumiseen liittyi myös se, että MNA-testi oli tehty valmiiksi kolmelle palveluasumisyksikön asukkaalle. Niiden pohjalta oli helppo käydä testin tekemistä läpi ja osoittaa siihen kuluva aika ja testin tekemisen helppous. Tehtyjen MNA-testien tulokset yllättivät hoitohenkilökunnan aiheuttaen hyvää ja rakentavaa keskustelua.

Parannettavaa osastotunnin pitämiseen löytyi diaesityksen avainsanojen järjestyksestä. Vaikka asiaa oli hiottu, esityksen aikana huomasi vielä muutamia kohtia, jotka voisi käsitellä eri järjestyksessä, jotta esitys olisi sujuvampi ja asiat tulisivat loogisemmassa järjestyksessä esille. Tila oli myös sellainen, että pari kuulijaa joutui olemaan meidän selän takana ja tulevaisuudessa olisi hyvä varmistaa, että kaikki kuulijat mahtuvat esittäji-en etupuolelle ja siten saavat esityksestä kaiken hyödyn irti. Lisämateriaalin kohdalla olisimme voineet olla kriittisempiä. Lisämateriaali olisi voinut olla havainnollistavampaa. Esimerkiksi täydennysravintovalmisteista olisi voinut pyytää esitteitä ja ostaa muutaman proteiiniapatukan tai juoman.

6.3.2 Osallistujien antama palaute

Keräsimme osastotunnin päätteeksi kirjallisen palautteen osallistujilta. Palautelomakkeen täytti jokainen paikalla ollut henkilökuntaan kuuluva. Kysymykset muotoilimme avoimiksi ja helposti vastattaviksi. Lisäksi palautelomakkeeseen oli jätetty tilaa vapaalle sanalle. Palautteesta tuli hyvin ilmi mielenkiinto aihetta kohtaan ja lisätiedon tarpeellisuus.

Yli 15 vuoden työkokemuksen omaavat (6 henkilöä) kokivat tietonsa ravitsemuksesta kohtalaiseksi tai keskinkertaiseksi. 10–15 vuotta ja alle 5 vuotta työssä olleet (2 henkilöä + 2 henkilöä) kokivat tietonsa puutteelliseksi ja niissä oleva parantamisen varaa sekä halusivat lisätietoa. Yli 15 vuoden työkokemuksen omaavat kokivat ravitsemustietonsa paremmaksi kuin muut, syy tähän voi olla työkokemuksessa ja sen tuomassa varmuudessa. Osa syy sille, että vähän työkokemusta omaavat kokevat osaamisessaan parantamisen varaa voi olla koulutuksessa. Asiat opitaan vasta työelämässä, kun sovelletaan teoreettista tietoa käytäntöön.

Palautteen mukaan hoitohenkilökunta koki saaneensa uutta tietoa MNA-testistä, vajaaravitsemuksesta ja hoitohenkilökunnan keinoista vaikuttaa siihen, ikääntyneen laihduttamisesta ja proteiinin merkityksestä ikääntyneelle. Yksi koulutukseen osallistunut jäi kaipaamaan lisätietoa vuodepotilaan lihomisen syistä. Palautteesta päätellen voimme ajatella, että olimme saaneet koottua osastotuntiin oleellisia ja tärkeitä asioita, joilla saimme tarjottua henkilökunnalle tuoretta uutta tietoa ikääntyneen ravitsemuksesta.

Palautekommenteissa tilaisuus koettiin rennoksi, mukavaksi ja tunnelmallaan hyväksi. Uuden tiedon määrä koettiin laajaksi, mutta toisaalta ei liian laajaksi. Yleisesti osallistujien mielestä esiintyjien äänenkäyttö oli sopivaa, tosin yhdessä palautteessa toivottiin kovempaa äänen käyttöä.

Rento tilaisuus, paljon tietoa (ei liikaa). Kiitos!

Mukava koulutus. Ääni selkeä molemmilla kouluttajilla.
Rento ja miellyttävä tunnelma.

Luento selkeä, puhe rauhallista ja ymmärrettävää.

Osastotunti koettiin myös mielenkiintoiseksi ja ydinasioiden koettiin tulleen hyvin esille. Keskustelujen ja ajatusten herättämisestä saimme myös kiitosta.

Olipa mielenkiintoinen tietopläjäys, kiitos!

Esitys oli luonteva ja tarpeelliset asiat tuli hyvin esille. Esitys oli koottu tarkoituksenmukaisesti ja hyvin tiivistetty. Hienosti saitte keskustelua ja ajatuksia herätettyä.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Suominen ym. (2007a) tutkivat hoitohenkilökunnan ravitsemusopetuksen vaikutuksia hoitokotien asukkaiden ravitsemustilaan. Hoitohenkilökunta opetettiin käyttämään ja tulkitsemaan MNA-testiä, arvioimaan asukkaan ravinnonsaantia ja lisäksi heille järjestettiin luentoja, pienryhmäkeskusteluja ja annettiin kotitehtäviä. Tutkimustulokset totesivat energiansaannin asukkailla parantuneen 21 % hoitohenkilökunnalle annetun ravitsemusopetuksen seurauksena. Vuonna 2009 Suominen ym. tutkivat, kuinka

hyvin hoitajat tunnistavat vajaaravitsemuksen ikääntyneillä potilaillaan. Tutkimuksessa ikääntyneiden ravitsemustilaa mitattiin MNA-testillä. 56,7 % tutkituista todettiin olevan vajaaravittuja (MNA >17), hoitajat kuitenkin tunnistivat näistä vajaaravituiksi vain 15,2 %. Tutkijat totesivatkin, että hoitajien ravitsemuskoulutukselle olisi tarvetta.

(Suominen, Kivistö & Pitkälä 2007a; Suominen, Sandelin, Soini & Pitkälä 2009)

Näihin edellä mainittuihin asioihin pyrimme osastotunnin pitämisellä vaikuttamaan, koska sille on myös meidän mielestämme selkeä tarve. Oikein toteutettu ravitsemushoito on meidän mielestämme yksi tärkeimmistä keinoista vaikuttaa ikääntyneen toimintakyvyn ja terveyden säilymiseen. Kun otetaan vielä huomioon ravitsemuksen kulttuurinen ja sosiaalinen merkitys, nousee se vielä tärkeämpään asemaan luoden ikääntyneelle myös psyykkistä hyvinvointia ja sosiaalisia kontakteja.

Oma kiinnostuksemme ravitsemushoidon osaamisen lisäämiseksi ja kehittämiseksi toimi vahvana motivaationa työtä tehdessämme. Aineistoa oli paljon ja jouduimme jättämään työn ulkopuolelle monia hyviä tutkimuksia, jotta työn rajaaminen pysyisi hallinnassa. Tutkimustulokset olivat samansuuntaisia ja niissä todettiin, että vajaaravitsemusta ei tunnisteta eikä hoideta tarpeeksi.

Ikääntyneiden ravitsemushoito on herättänyt paljon kiinnostusta ympäri maailmaa tutkijoiden ja myös meidän osastotunnille osallistuneiden hoitajien keskuudessa. Tästä voimme päätellä, että ikääntyneiden ravitsemushoito on tulevaisuudessa yksi kehittyvimmistä osa-alueista ikääntyneiden hoidossa. Kiinnostuksen taustalla voi olla myös eettinen tavoite eli halu tehdä ja toimia oikein ja toista kunnioittaen. Ravitsemushoidossa itsemääräämisoikeus korostuu ja hoitajalla pitääkin olla keinoja käsitellä omia tuntojaan ja ajatuksiaan, kun ikääntyneen ravitsemuksen toteuttamisessa tulee pulmakohtia. Toivomme, että tämä opinnäytetyö on omalta osaltaan vaikuttamassa ikääntyneen vajaaravitsemuksen hoidossa ja tunnistamisessa sekä antamassa hoitajalle tuoretta tietoa oman ammatillisen kasvun tueksi.

Osastotunnin aikana hoitohenkilökunnan mielenkiinto MNA-testiä kohtaan selvästi heräsi. Se ei ollut monellekaan entuudestaan tuttu. Testi oli myös meille vieras ennen opinnäytetyön tekemistä. Ennalta tehtyjen MNA-testien tulokset hämmästyttivät ja lisäsivät meidän ja hoitohenkilökunnan kiinnostusta testiä kohtaan. Usein vieraat asiat tuntuvat ensin hiekan hankalilta ja siksi halusimme tuoda testiä konkreettisemmin esiin ja tuoda testin tuloksia tukevia tutkimustuloksia hoitohenkilökunnan tietoisuuteen.

Osastohoitaja toi omassa puheenvuorossaan esiin, että ravitsemushoitoon panostaminen on yksi tämän vuoden kehittämistavoitteita tässä työyksikössä ja MNA-testit on sovittu tehtäväksi yksikön kaikille asukkaille toukokuun loppuun mennessä. Toivomme, että antamamme tieto MNA-testistä auttaa heitä testien tekemisessä, tulosten tulkinnessa ja ravitsemushoidon suunnittelussa. Meillä itsellämme on kokoajan ollut ajatus, että

MNA-testin antamien tulosten pitää tarpeen mukaan johtaa toimenpiteisiin joissa tavoitteena on ravitsemustilan paraneminen tai huononemisen pysäyttäminen.

Saamastamme palautteesta tuli esille ravitsemuskoulutuksen tarpeellisuus ja ravitsemukseen liittyvän tiedon tarve. Hoitohenkilökunta kyseisessä yksikössä kokee osaamisensa ravitsemushoidosta puutteelliseksi. Keskusteltaessa asiasta esille tuli se, että koulutuksesta ei koeta saavan tarpeeksi tietoa ravitsemukseen liittyvistä asioista, vaan ne opitaan vasta työelämässä. Tämä korostaa työpaikkakoulutuksen tarvetta ravitsemushoidon osalta vastavalmistuneille tai pitkään työelämässä olleille hoitohenkilökuntaan kuuluville.

Mielestämme myös koulujen olisi enemmän panostettava ravitsemushoittoon, jotta vastavalmistuneilla hoitajilla olisi vietävänä työkentälle uusimmat tiedot ravitsemushoidosta. Me koemme, että ravitsemushoito on tärkeä osa ihmisen hyvinvointia hänen kaikissa ikävaiheissaan ja kaikilla hoitoon osallistuvilla tahoilla pitäisi olla tieto ja taito antaa oikeanlaista ravitsemushoitoa kaikissa elämäntilanteissa oleville. Itse koemme, että omassa koulutuksessamme annettu opetus ravitsemushoidosta oli puutteellista ja se ajoi meitä osaltaan tekemään tätä opinnäytetyötä. Toivomme, että tällä opinnäytetyöllä olisi jotain vaikutusta myös kouluissa annettavan ravitsemusosaamisen laatuun, jotta saisimme työkentälle myös tämän osa-alueen hallitsevia ammattitaitoisia hoitajia.

Osastotunnin aikana keskusteluissa nousi vahvasti esiin moniammatillisen yhteistyön merkitys ikääntyneen ravitsemushoidon onnistumisen kannalta. Pelkästään hoitaja ei pysty ravitsemushoitoa toteuttamaan, vaan hän tarvitsee siihen lääkärin, toisen hoitajan ja keittiöhenkilökunnan apua. Osastotunnin myötä palveluasumisyksikössä päätettiin tiivistää yhteistyötä hoitohenkilökunnan ja palveluasuntojen ruokapalvelusta huolehtivien henkilöiden kanssa. Palaverit aiotaan jatkossa järjestää säännöllisesti. Ruokapalvelun henkilökunta pyrkii ottamaan huomioon hoitohenkilökunnan toiveet ruokalistan suunnittelussa. Hoitajat puolestaan huolehtivat ikääntyneen ravitsemukseen liittyvien muutosten ilmoittamisesta keittiöhenkilökunnalle.

Ikääntyneiden oikeanlaiseen ravitsemushoittoon kannattaa panostaa, koska tämä ikäryhmä on lisääntymässä ja oikealla ravitsemushoidolla voidaan ennaltaehkäistä ennen aikaista laitoshoitoon joutumista. Ravitsemus yhdessä liikunnan kanssa auttaa ikääntyneen lihaksia pysymään kunnossa ja siten ylläpitää toimintakykyä ja ehkäisee kaatumisia. Oikealla ravitsemushoidolla on vaikutuksia myös taloudellisesti yhteiskunnallisella tasolla as-ti.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys

Alun perin tutkimusetiikka on lähtenyt lääketieteellisten kysymysten äärestä. Lääketieteellisessä tutkimuksessa on ihminen osallisena ja silloin eettiset kysymykset nousevat vahvasti esiin. Voidaankin ajatella, että kaiken tieteellisen toiminnan ydin on toteutetun tutkimuksen eettisyys. Tieteenalan todellisuuteen ja luotettavuuteen viitataan tieteen sisäisellä eti-

kalla. Tutkimusetiikassa perusvaatimuksena on, ettei tutkimusaineistoa väärennetä tai luoda tyhjästä. Tieteen ulkopuolisessa etiikassa käsitellään sitä, miten alan ulkopuoliset seikat vaikuttava tutkimusaiheen tutkintaan ja valintaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172—173.)

Suomessa tutkimuksen eettisyys turvataan kansainvälisesti hyväksytyn tutkimusetiikan ohjeistuksen, Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Helsingin julistus sopii käytettäväksi etiikan ohjeena myös hoitotieteellisessä tutkimuksessa, mutta alun perin se on laadittu lääketieteellisten tutkimusten tarpeisiin. Julistuksessa otetaan kantaa ihmisten haavoittuviin ryhmiin ja annetaan ohjeita heidän ottamisesta mukaan tutkimuksiin. Julistuksessa ohjeistetaan potilaan oikeuksien ja turvallisuuden turvaaminen tutkimustyössä. Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa takana on aina vapaaehtoisuus ja tutkijan on turvattava tutkittavan psyykkinen ja fyysinen koskemattomuus, annettava riittävästi tietoa tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä, tutkijan yhteyksistä laitoksiin ja rahoituslähteistä. Tutkijan on saatava tutkittavan suostumus mieluiten kirjallisena tai jollain muulla tavalla ja dokumentoitava sekä kirjattava se todistettuna. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173–175.)

Vuonna 1995 American Nurses Association (ANA) julkaisi hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet. Eettisissä ohjeissa on kuvattu yhdeksän tutkijan eettistä periaatetta. Ohjeissa korostuu tutkittavan itsemääräämisoikeus ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Viime aikoina on nostettu esiin se, että jo tutkijan tekemä tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkija pyrkii tutkimuksellaan hyvään, kehittämään hoitotyötä ja miettii tutkimuksen yhteiskunnallisia vaikutuksia sekä sitä, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.)

Opinnäytetyötä tehdessämme on pyrkimyksemme ollut lisätä hoitotyön laatua. Toimintamme opinnäytetyön parissa on ollut eettisten ohjeiden mukaista. Suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa olemme toimineet tavalla, jotka on asetettu tieteelliselle tiedolle. Opinnäytetyössä mukana olleiden henkilöiden identiteetti on suojattu, eikä heitä voi tunnistaa opinnäytetyön pohjalta. Lähdemateriaalia valitessamme, olemme pyrkineet valitsemaan tuoreinta tarjolla olevaa tutkittua tietoa.

Eettiset kysymykset nousevat opinnäytetyössä herkästi esille. Etiikassa pohditaan yhteiskunnallisella ja yksiköllisellä tasolla arvoja, ihanteita, oikeaa ja väärää sekä hyvää ja pahaa. Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa on nostettu esiin terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, kärsimysten lievittäminen sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Ravitsemushoidolla pyritään vaikuttamaan juuri edellä mainittuihin asioihin. Ravitsemushoidossa hoitajalla on taustalla aito halu auttaa ja tehdä toiselle ihmiselle hyvää toteuttamalla ravitsemushoitoa oikein. Ihmisen ravitseminen vaikuttaa läpi elämän myös hänen persoonallisuuteensa ja siinä korostuu yksilön mahdollisuus omiin valintoihin. Ikääntyessä on tärkeää että, hoitaja osaa kunnioittaa tehtyjä valintoja, mutta tarpeen tullen antaa ohjeistusta oikeanlaiseen ravitsemukseen. Ravitsemushoitoa toteutettaessa voi nousta esiin tilanteita, jotka ovat hoitajan omia eettisiä aja-

tuksia vastaan. Silloin hoitajan tulee ammatillisen kasvun ja oman jaksamisen mahdollistamiseksi tukeutua sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin sekä kollegoiden tukeen. Eettisistä ohjeista hoitaja saa vahvistusta ja tukea myös moniammatillisuuteen ja omaisten kanssa toimimiseen. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.)

7.2 Oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme törmänneet parikin kertaa omaan tietämättömyyteen ja havainneet toimineemme omassa työssämme vastoin oikeaa ravitsemushoitoa. Olemme käyneet yhdessä läpi kokemuksia työkentältä siitä, miten ravitsemushoitoa on toteutettu eri yksiköissä. Samalla olemme käyneet läpi omia eettisiä ajatuksia ja tapoja toimia.

Työstäessämme opinnäytetyötä olemme saaneet varmuutta toimia ravitsemushoidon osalta eettisesti oikein. Oma mielenkiinto ja ymmärrys tutkittua tietoa kohtaan ovat herättäneet lisää ja olemme löytäneet itsemme etsimästä vielä tuoreempaa tietoa asiasta. Tämä uteliaisuus on ehkä myös hieman haitannut opinnäytetyön tekemistä, koska työ pitää saada valmiiksi ja tieto pitää rajata.

Ammatillisessa mielessä hoitajan on tärkeä osata etsiä uutta tutkittua tietoa ja tuoda sitä muiden tietoon työyhteisössä. Tiedon vieminen käytäntöön on myös oma haasteensa ja ravitsemushoidossa tähän tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Ammatillisuuteen kuuluu myös se että, osaa arvostaa toisen ammattikunnan ammattitaitoa ja tarpeen tullen pyytää neuvoa muun muassa ravitsemussuunnittelijalta tai puheterapeutilta.

7.3 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

MNA-testiä on käytetty apuna tutkimuksissa, joissa on mitattu henkilökunnan ravitsemusosaamista ja heidän kykyään tunnistaa vajaaravitsemus. Henkilökunnan ravitsemusosaamisen vahvistamisen on todettu parantaneen ikääntyneiden ravitsemustilaa MNA-testillä mitattuna. Tätä olisi syytä seurata ja tutkia edelleen.

Lisätietoa tarvitaan myös MNA-testin tehokkuudesta ja tarkkuudesta vajaa- tai virheravitsemuksen tunnistamisessa. Tutkimuksissa olisi hyvä ottaa huomioon se, mihin toimenpiteisiin MNA-testin tulokset ovat johtaneet ja mitä vaikutuksia toimenpiteillä on ollut ikääntyneen ravitsemustilassa. Mielenkiintoista olisi saada tuloksia siitä, miten nopeasti ravitsemustilan heikkenemisen ja ravitsemushoidon tehostamisen vaikutukset näkyvät MNA-testissä.

Meidän mielestämme olisi syytä panostaa käytännön ravitsemushoidon opetukseen jo ammattikorkeakoulussa. Tämän lisäksi hoitohenkilökunnan täydennys- ja lisäkoulutus olisi tarpeellista riittävän ammattitaidon saavuttamiseksi. Jo saavutetun ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen säännöllisellä koulutuksen avulla mahdollistaa laadukkaan ravitsemushoidon toteuttamisen.

LÄHTEET

- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Arffman, S. 2009. Ruoan valintaan vaikuttavat psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Teoksessa: Arffman, S., Partanen R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 228–232.
- Avenell, A., Milne, AC., Potter, J. & Vivanti, A. 2009. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. The Cochrane database of systematic reviews. Issue 2. John Wiley & Sons, Ltd. Viitattu 30.12.2013.
<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD003288/frame.html>
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen Ravitseminen. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Hänninen, J. 2012. Saattohoito-opas. 13. uudistettu painos. Etelä-Hämeen syöpäyhdistys. Helsinki: T.A. Sahalan Kirjapaino Oy.
- Jyväkorpi, S. 2013. Syö muistaaksesi – ravitseminen aivoterveiden edistämiseksi. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Kivipelto, M., Eskelinen, M. & Soininen, H. 2012. Muistihäiriöiden ennaltaehkäisy. Teoksessa Aro, A. Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 326–330.
- Kortekangas-Savolainen, O. & Helander, I. 2010. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 277–286.
- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi – Hoitajan toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Leinonen, E. & Koponen, H. 2010. Vanhusten mielialahäiriöt. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 159–165.
- Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. 2009. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Viitattu 30.12.2013. The Cochrane database of systematic reviews.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003288.pub3/full>

Partanen, R. 2009. Vajaaravitsemuksen arviointi, seuranta ja hoito. Teoksessa: Arffman, S., Partanen R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy, 109–111.

Pitkälä, K., Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S. & Strandberg, T. 2005. Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. Suomen lääkirilehti 60 (51–52), 5265–5270. Viitattu 31.12.2013.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sll24887&p_haku=vanhuksen%20aliravitsemus

Puranen, T. & Suominen, M. 2012. Ikääntyneen ravitsemus – opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Ravitsemussuositukset painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. 2004. EPUAP-Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto. Julkaisija suomenkielellä Suomen Haavanhoito Yhdistys Ry. Viitattu 30.1.2014.

<http://shhy.fi/kuvat/Dokumentit/ravitsemussuositukset.pdf>

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2006. Ravitsemus ja ruokavaliot. 6.uudistettu painos. Helsinki: Dieetimedia Oy.

Räihä, I. 2012. Ikääntyneiden ravitsemus. Teoksessa Aro, A. Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.). Ravitsemustiede. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 281–293.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 24.3.2014. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salminen, E. & Viitala, H. 2012. Syöpäpotilaan ravitsemus. Teoksessa Aro, A. Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 481–485.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta – avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sinisalo, L. & Paakkari, P. 2012. Lääkehoito ja ravitsemus. Teoksessa Aro, A. Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 497–501.

Skates, JJ. & Anthony, PS. 2012. Identifying geriatric malnutrition in nursing practice. Journal of gerontological nursing Vol.38, No.3. Viitattu 30.12.2013.

http://www.nestle-nutrition.com/pdf/Ident_Geriatric_Malnutrition.pdf

Soini H. 2009. Ikääntyneen hyvä ravitsemus. Teoksessa Voutilainen P. & Tiikkanen P. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 196–207.

Soini, L., Heinonen, S. & Pitkälä, K. 2012. Ikääntyneen ravitsemustilaan voi ja kannattaa vaikuttaa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128(24):2586. Viitattu 26.1.2014.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10698&p_haku=ik%C3%A4%C3%A4ntyneen%20ravitsemustila

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012–2015. Helsinki: Edita.

Stange, I., Poeschl, K., Stehle, P., Sieber, CC. & Volkert, D. 2013. Screening for malnutrition in nursing home residents: comparison of different risk markers and their association to functional impairment. The journal of nutrition, health & aging 17(4):357–63. Viitattu 26.1.2014.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538659>

Strandberg, T. 2008. Hauras-raihnaus-oireyhtymä (HRO) iäkkäässä väestössä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 346–353.

Suominen, M. Puranen, & Jyväkorpi. 2013. Ravitsemus muistisairaana kodissa–loppuraportti. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitsemus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 356–357.

Suominen, M., Sandelin, E., Soini, H. & Pitkälä, K. 2009. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? European Journal of Clinical Nutrition (2009) 63, 292–296. Viitattu 28.1.2014

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17882130>

Suominen M. 2008. Ravitsemus vanhenemisen tukena. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 468–485.

Suominen, M., Kivistö, S. & Pitkälä, K. 2007a. The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. Viitattu 2.1.2014.

<http://www.nature.com/ejcn/journal/v61/n10/pdf/1602639a.pdf>

Suominen, M. 2007b. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals.. Helsingin yliopisto, maatalous-metsätieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 2.12.2013.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20785/nutritio.pdf?sequence=1>

Suominen, M. 2007c. Ravitsemus. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy, 184–200.

Suominen M. 2006. Ikääntyneen potilaan ravitsemus. Teoksessa Ravinto ja ruokavaliot. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Helsinki: Dieettimedia Oy, 188–203.

Tilastokeskus, väestöennuste 2009–2060, julkaistu 30.9.2009. Viitattu 4.11.2013.

http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3.korjattu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tuovinen A & Lönnroos E. 2008. Iäkkään ravitsemus. Teoksessa Hartikainen S. & Lönnroos E. Geriatria–arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima Oy, 211–226.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010a. Ravitsemushoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010b. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Viitala, H. 2006. Syöpä. Teoksessa Ravinto ja ruokavaliot. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Helsinki: Dieettimedia Oy, 149–155.

Vilkka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Viitattu 13.1.2014.
http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Ikääntyneen energiantarpeen arviointi

	kcal/paino kg
Perusaineenvaihdunta (PAV)	20
Vuodepotilas (PAV + 30 %)	26
Liikkeellä oleva/itse ruokaileva *(PAV + 50 %)	30
Sairaudesta toipuva tai levoton ja paljon liikkuva	36

* esim. 30 kcal x 60 kg = 1800 kcal/vrk



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sukunimi:	Etunimi:			
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia		J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja veitit) 0 = 1 ateria 1 = 2 ateriaa 2 = 3 ateriaa
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta		K Sisältääkö ruokavalio vähintään • yhden annoksen maitovalmistetta (maito, juusto, pilmä, vili) päivässä • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastaus 1.0 = jos 3 kyllä-vastaus
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona		L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annokasta hedelmää tai kasvikalaa 0 = ei 1 = kyllä
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei		M Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...) 0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia		N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta
F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23, 3 = BMI on 23 tai enemmän.		O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = valkea virhe- tai allravitseminen 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia
Seulonnan tulos (välisumma maksimi 14 pistettä)		P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin 0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi
12 pistettä tai enemmän: riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa 11 pistettä tai vähemmän: riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia		Q Olkavarren keskikohdan ympäröymitta (OVY cm) 0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm
Arviointi G Asuuko haastatettava kotona 1 = kyllä 0 = ei		R Pohkeen ympäröymitta (PYM cm) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei		Arviointi (maksimi 16 pistettä)
I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei		Seulonta

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2005;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Selva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M398-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2005; 10:486-487.
 © Nestlé, 1994, Revision 2008. N67200 12/09 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivulta.

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)

Ravitsemustilan arviointiasteikko

17-23,5 pistettä ☐ riski virheravitsemukselle kasvanut
 alle 17 pistettä ☐ kärsii virhe- tai allravitsemuksesta

Ikääntyneen vajaaravitsemus

– tunnistaminen ja hoito –

Riikka Leppäkorpi ja Mira Viljanen
Hoitotyön koulutusohjelma, HAMK 2014

Ikääntyneiden ravitsemussuositukset 2010

Keskeiset painopisteet:


- ▶ huomioidaan ravitsemukselliset tarpeet ikääntymisen eri vaiheissa
- ▶ ravitsemustila arvioidaan säännöllisesti
- ▶ ravitsemushoidon avulla turvataan riittävä energian, proteiinin, ravintoaineiden, kuidun ja nesteen saanti
- ▶ D-vitamiinilisän (20mcg) käyttö yli 60-v.
- ▶ vastuu suositusten toteuttamisesta kaikilla ikääntyneiden parissa työskentelevillä

Fysiologiset muutokset ikääntyessä

- ▶ suun ja hampaiden kunto huononee
- ▶ syljen erityys vähenee
- ▶ suun kuivuminen (lääkkeet)
- ▶ proteesit
- nielemisvaikeudet
- ▶ muutokset maku- ja hajuaistissa
- ▶ janon tunne heikkenee (kuivumisvaara)
- ▶ mahalaukku tyhjenee hitaammin, täyden olon tunne tulee nopeammin


Psyykkiset ja sosiaaliset tekijät

- ▶ eri syistä johtuva masentuneisuus ja yksinäisyys
- ▶ muistiongelmien ja kognitiivisten toimintojen häiriöt
- ▶ palvelutalossa/vanhainkodissa asuvan ikääntyneen tahattoman painonlaskun syy usein psyykkinen, ruokahalun puute




Merkkejä siitä, milloin ravinnonsaantiin tulisi kiinnittää huomioita:

- ▶ painoindeksi alle 23
- ▶ paino alentunut nopeasti (yli 3kg 3kk:ssa)
- ▶ syöminen erittäin vähäistä
- ▶ toistuvat infektiot ja painehaavat
- ▶ sairaudesta toipumisvaihe
- ▶ vajaaravitsemuksen ulkoiset merkit → ihon ja limakalvojen kunto, turvotukset, hiusten ja silmien kunto, mielialan muutokset



Ravitsemustilan heikkenemisen seurauksia

- ▶ sairastuvuus, tulehduskierre ↑
 - ▶ vastustuskyky ↓
 - ▶ lihaskato kiihtyy ja ikääntynyt väsy nopeammin
 - ▶ kehon hallinta heikkenee → kaatumiset
 - ▶ heikentynyt hengityselinten käyttö
 - ▶ heikentynyt lämmönsäätelykyky
 - ▶ haavojen paraneminen hidastuu
 - ▶ mielialan lasku
 - ▶ toimintakyky heikkenee
 - ▶ delirium (sekavuus, levottomuus, vuorokausirytmi)
- 

Ravitsemustilan arviointi

- ▶ ravitsemustila tulisi arvioida heti hoidon alussa
- ▶ ikääntyneen ulkoisen olemuksen havainnointi
- ▶ säännöllinen painonseuranta yksinkertaisin tapa
- ▶ ikääntyneille sopivin on MNA-testi
 - löydetään helposti ne, joilla vajaaravitsemus tai vajaaravitsemuksen riski
- ▶ testin tekeminen on helppoa ja nopeaa
- ▶ ruokailun seuranta
- ▶ muut tiedot (ikäntynyt, omaiset)



Ravitsemushoidon toteutus

- ▶ kiinnitetään huomiota ruokailutilanteeseen
 - ▶ ruokailussa avustaminen
 - ▶ sopivat ruokailuajankohdat, yöpaaston pituus
 - ▶ ruokailun suunnittelu
 - ▶ pidetään välipaloja tarjolla
 - ▶ lääkkeiden antaminen selvästi ennen ateriaa?
-
- ▶ Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä



Ravitsemushoidon tehostaminen

- ▶ ravitsemushoitoa tehostetaan, kun todetaan vajaaravitsemus tai sen riski
- ▶ pohjana perusruokavalio
- ▶ Sopiva ruoan rakenne, ruokavalio, ruoan määrä, lisäravinne
- ▶ ruoan rikastaminen energialla ja proteiineilla
- ▶ Ravinnon ja nesteensaannin seuranta ruoka ja nestelistan avulla ja tietojen kirjaaminen
- ▶ Painonseuranta vähintään 2 x/vko



Ikääntyneen lihavuus

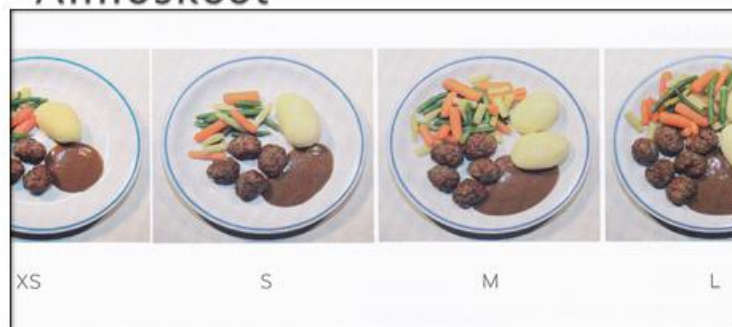
- ▶ lihavakin voi kärsiä vajaaravitsemuksesta
- ▶ pieni ylipaino on ikääntyneelle vain hyväksi ja suojaa ennenaikaiselta kuolemalta
- ▶ ylipainon haitat tulevat esiin vasta sitten, kun ikääntyneen painoindeksi on yli 33, 170cm pituisella henkilöllä tämä tarkoittaa yli 90 kilon painoa
- ▶ lihavuuden hoito aiheellista vain, jos liikapaino uhkaa vakavasti toimintakykyä

Energiantarpeen arviointi

	kcal/kg
perusaineenvaihdunta (pav)	20
vuodepotilas (pav+30%)	26
liikkeellä oleva/itse ruokaileva* (pav+50%)	30
levoton/paljon liikkuva/sairaudesta toipuva	36

*esim. $30 \text{ kcal} \times 60 \text{ kg} = 1800 \text{ kcal/vrk}$

Annoskoot



XS=1200 kcal, S=1400 kcal, M=1800 kcal, L=2200 kcal
esim. liikkuva potilas (nainen) 50–70kg 1600 kcal,
liikkuva mies 60–75 kg 1800 kcal, 75–85 2000 kcal

Erityistilanteita:

Painehaavapotilaan ravitsemus

- ▶ vajaaravitsemus painehaavan riskitekijä
- ▶ ravitsemushoidon tehostaminen
- ▶ pitkäkestoiset ja vaikea-asteiset haavat erittävät usein runsaasti, iso osa eritteestä on proteiineja > tulisi korvata lisäproteiinin saannilla esim. Cubitan
- ▶ proteiinivajaus huonontaa koko elimistön immuuteettia
- ▶ muiden riskitekijöiden poisto myös huomioitava

Muistisaira ravitsemus

- ▶ Alzheimer- potilailla painonlasku yleistä, paino voi olla alhainen jo ennen diagnoosia
- ▶ muistisairas vajaaravitsemusriskissä toimintakyvyn ja kognitiivisten kykyjen heikkenemisen vuoksi
- ▶ aivot tarvitsevat ravintoaineita ja proteiinia
- ▶ keinoja: ruokailutilanteen rauhoittaminen, muistuttaminen, puremis- ja nielemiskykyä vastaava ruokavalio,

Syöpäpotilaan ravitsemus


- ▶ hyvä ravitsemustila vaikuttaa hoitojen sietokykyyn
- ▶ monet eri syyt heikentävät ravitsemustilaa (kasvain, ruokahaluttomuus, aistimuutokset)
- ▶ tavoitteena potilaan hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantaminen
- ▶ ravitsemushoidon tehostaminen ja säännöllinen seuranta
- ▶ potilaan toiveet otetaan huomioon

Saattohoitopotilaan ravitseminen

- ▶ ravitsemushoidon periaatteena kunnioittaa potilaan omia toiveita
- ▶ pyritään parantamaan elämänlaatua ja tuottamaan mielihyvää
- ▶ ruoat ja juomat miellyttävässä muodossa
- ▶ jos nieleminen vaikeutunut ja tajunnantaso alentunut, ei suun kautta syöttäminen ole tarkoituksenmukaista > vaarana ruoan joutuminen hengitysteihin
- ▶ huolehditaan suun kostutuksesta ja suuhygieniasta



Lähteet:

- ▶ Ikääntyneiden ravitsemussuositukset. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010.
 - ▶ Haavapotilaan ravitsemustilan arviointi. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri: Jenni Leppänen.
 - ▶ Ravitsemushoito – Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.
- 

Päiväys

POTILAAN PERUSTIEDOT

Potilaan nimi	Viikonpäivä
Ruokavalio	

Annoskoko
<input type="checkbox"/> Erittäin pieni <input type="checkbox"/> Pieni <input type="checkbox"/> Keskipikoinen <input type="checkbox"/> Suuri <input type="checkbox"/> Erittäin suuri

Täyttöohje: Olkaa hyvä ja merkitkää rastit sarakkeisiin, joka parhaiten kuvaavat ruokamääriänne eri aterioilla. Kirjatkaa oikealla olevaan sarakkeeseen muut päivän aikana nautitut juomat (esim. vesi, mehu, täydennysravintovalmiste) ja ruoat (esim. hedelmät, ylimääräiset välipalat, makeiset).

Tarjotut ruoat ja juomat	Tarjotusta annoksista syöty tai juotu						Muut juomat ja ruoat	
	Kaikki	Yli puolet	Noin puolet	Alle puolet	Ei mitään	Ei tarjottu		Määrä
AAMUATERIA							AAMUPÄIVÄN AIKANA	
Puuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vesi (lasilliset)	
Leipä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehu, virvoitusjuoma (lasilliset)	
Juusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Täydennysravintovalmiste, mikä? (kpl)	
Margariini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu juoma, mikä? (lasilliset)	
Maito/piimä, lasilliset: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu ruoka, mikä? (kpl)	
Kahvi/tee, kupilliset: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu ruoka, mikä? (kpl)	
LOUNAS								
Liha / kana / kala / kasvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu ruoka, mikä? (kpl)	
Kastike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Peruna / perunasose / riisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ILTAPÄIVÄN AIKANA	
Kasvislisäke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vesi (lasilliset)	
Leipä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehu, virvoitusjuoma (lasilliset)	
Margariini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Täydennysravintovalmiste, mikä? (kpl)	
Salaatti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu juoma, mikä? (lasilliset)	
Salaattikastike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu ruoka, mikä? (kpl)	
Maito/piimä, lasilliset: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VÄLIPALA								
Kahvilleipä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu ruoka, mikä? (kpl)	
Kahvi/tee, kupilliset: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PÄIVÄLLINEN							ILLAN JA YÖN AIKANA	
Keitto/laatikko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vesi (lasilliset)	
Leipä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehu, virvoitusjuoma (lasilliset)	
Margariini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Täydennysravintovalmiste, mikä? (kpl)	
Maito/piimä, lasilliset: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu juoma, mikä? (lasilliset)	
Jälkiruoka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu ruoka, mikä? (kpl)	
ILTAPALA								
Hedelmä/marjat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muu ruoka, mikä? (kpl)	
Leipä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leikkele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Margariini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tee, kupilliset: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



PALAUTE OSASTOTUNNISTA

1. Mitä uutta tietoa sait?

2. Mistä olisit halunnut kuulla lisää?

3. Millaiseksi arvioit oman osaamisesi ikääntyneen ravitsemusasioista?

Vastaajan taustatiedot:

	0-5 v	5-10 v	10-15 v	15-> v
työkokemuksen pituus:	_____	_____	_____	_____

	peruskoulu	lukio	ammattikoulu	
ammattikoulutus :	_____	_____	_____	_____

ammattinimike: _____
(vapaaehtoinen)

Lopuksi vapaa sana:

